

Lezione di Semeiotica M. e C. del 30/9/2013 (1)

Lezione di semeiotica medica e chirurgica 30/09/2013

Prof. Claudio Lunardi

Sbobinatore: Anna Venturini

Revisore: Alberto Graizzaro

LEZIONE INTRODUTTIVA

Metodologia clinica: insieme di procedure semeiologiche e di diagnostica di laboratorio e strumentale finalizzate ad un inquadramento diagnostico dei sintomi riportati dal paziente e dei segni. rilevati dal medico.

In questo corso impareremo a:

- definire sintomi e segni
- interpretarli
- formulare un'ipotesi diagnostica
- confermare o smentire l'ipotesi diagnostica, mediante un **metodo scientifico e logico**

In altre parole gli obiettivi del corso sono:

- imparare a individuare e definire i problemi clinici posti dal paziente attraverso l'anamnesi; quest'ultima può essere diretta o indiretta.
- acquisire la conoscenza della semeiotica fisica, cioè come si fa a visitare un paziente.
- imparare ad effettuare un esame obiettivo e sistematico, non soltanto focalizzandosi su un organo, ma guardando all'insieme

Lo scopo del corso è integrare la valutazione del paziente, che deriva dalla raccolta dei dati anamnestici e dall'esame obiettivo con la valutazione critica degli esami di laboratorio e strumentali.

Essere perciò in grado di definire in modo critico l'iter diagnostico, laboratoristico e strumentale connesso a problemi clinici ben definiti, con particolare riferimento a sintomi sistemi, organi ed apparati.

Il professore inizia a spiegare ulteriormente gli obiettivi del corso, in particolare cosa verrà richiesto all'esame. Ho cercato di estrapolare alcune definizioni o informazioni utili per capire la materia.

L'esame di semeiotica consiste di tre elementi fondamentali:

- anamnesi
- esame obiettivo
- metodo

L'anamnesi è il primo aspetto dell'approccio al paziente.

Non è un elenco asettico di dati del paziente, ma deve essere completa e comprensibile anche per i colleghi che la leggeranno in un secondo tempo.

L'esame obiettivo completo comprende:

- torace
- addome
- cute
- annessi cutanei
- alcuni segni neurologici
- cuore
- linfonodi
- ecc..

Davanti a un determinato sintomo o segno bisogna procedere con metodo; ciò permette di capire di cosa questo sintomo o segno è manifestazione.

Il professore dà informazioni riguardo l'esame

PRIMA LEZIONE

Un tempo i medici erano artisti, filosofi, letterati...
Da ciò deriva il termine di ARTE MEDICA

Oggi la medicina è considerata una scienza, che utilizza il metodo scientifico;
ciò però non esclude l'arte di essere medico.
Tuttora la medicina è un'arte.

Essere un medico significa cercare di capire i problemi dell'uomo malato.
Per fare ciò bisogna OSSERVARE ed ASCOLTARE.
Tutto ciò con l'obiettivo di: fare diagnosi, cioè capire la malattia di cui un paziente è affetto;
curarlo, se possibile, ma soprattutto dargli conforto.
Anche se non sempre il medico è in grado di curare il paziente, egli deve accompagnarlo nel suo cammino di sofferenza.

La medicina di oggi ha fatto grandissimi progressi, in particolare riguardo:
- comprensione dei meccanismi patogenetici
- basi genetiche e molecolari delle malattie
- farmaci,
es. farmaci biologici o biotecnologici utilizzati soprattutto in oncologia, ematologia, per
la cura di malattie autoimmuni, gastroenterologia, ...
Tutto ciò ha nettamente modificato il decorso delle malattie.
- indagini diagnostiche;
es. ecografo portatile, risonanza...
Grazie a questi progressi la medicina da SCIENZA OSSERVAZIONALE è diventata una SCIENZA DI TIPO
INTERVENTISTICO.

Attualmente si utilizza la MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA.
In quest'ambito vi sono grandi trial clinici randomizzati utilizzati per verificare l'efficacia della terapia.

Sono disponibili linee guida per la gestione di ogni patologia e dei comportamenti medici, con il fine di ridurre al minimo gli
errori medici.
Vi sono inoltre misurazioni preventive dell'efficacia terapeutica;
basandosi su quest'ultime il medico può porsi degli obiettivi, dei target, degli out come, che successivamente gli permettono di
valutare se la terapia data ad un determinato paziente è effettivamente efficace.

L'atto medico comprende la diagnosi, la prognosi e la terapia.
Esso deve sempre essere basato su prove scientifiche della sua efficacia, fornite dalla letteratura medica.

Nel corso vedremo cosa significa:
- cartella clinica orientata per problemi
- anamnesi orientata per problemi
- strategia diagnostica: porre un'ipotesi e successivamente valutare se è corretta oppure se
dobbiamo formularne un'altra

Le ipotesi più probabili per la sintomatologia presentata dal paziente vanno
formulate sulla base di dati epidemiologici.

Per fare ciò bisogna essere in grado di :
- fare una valutazione critica dei problemi
- fare una revisione sistematica dei problemi: bisogna spesso rivedere ciò che si è fatto.
- utilizzare le banche dati, utili per effettuare i 2 processi precedenti

I farmaci vengono utilizzati sulla base di LIVELLI DI EVIDENZA.
Evidenza può essere di:
LIVELLO A: livello più elevato
Questi dati derivano da molti trial clinici randomizzati o da metanalisi di diversi trial
clinici.
LIVELLO B: dati derivati da un singolo trial clinico randomizzato oppure da ampi studi non
randomizzati
LIVELLO C: dati basati su consenso di esperti, piccoli studi o registri regionali o nazionali di
quella determinata patologia

Tutti i processi medici si basano su LINEE GUIDA.
Le linee guida sono delle raccomandazioni di procedure diagnostiche e terapeutiche, basate sull'evidenza e sul rapporto costo-
beneficio.
Sono raccomandate da organizzazioni mediche e società scientifiche.

Servono a garantire al paziente il trattamento migliore e più efficace, con il più razionale impiego di risorse economiche e umane. Spesso infatti i sistemi sanitari sono complessi, ma hanno risorse economiche limitate; bisogna perciò ottenere il massimo dell'efficacia da ciò che si ha a disposizione.

Procedendo in modo confuso e disorganizzato, senza seguire un metodo, aumenta enormemente il numero degli errori medici. Errori diagnostici o l'ignoranza sull'interazione dei diversi farmaci utilizzati può portare a problemi sul trattamento dei pazienti.

La cura non deve essere peggiore della malattia.

Il paziente spesso domanda se gli effetti del farmaco sono peggiori della malattia di cui è affetto.

Il medico deve stabilire con il paziente un rapporto particolare, con l'obiettivo di far comprendere quello che si va ad utilizzare.

Funzioni della medicina:

- tutelare la salute
- portare avanti la ricerca in campo biomedico
- formare operatori sanitari

Il compito tradizionale della medicina è quello di individuare la malattia e alleviare la sofferenza, cioè curarla.

Per fare ciò è necessario svolgere atti professionali instaurando una relazione con il paziente e impiegare il metodo (la scienza) e utilizzandole tecnologie, ecc...

L'atto medico è perciò molto complesso.

Fondamentale nell'ambito della cura del paziente è il "farsi carico" del paziente, cioè il **PRENDERSI CURA**.

Ciò implica il farsi carico di tutti i problemi del paziente, dando delle risposte al suo star male.

Il medico deve perciò conoscere le malattie, ma anche conoscere la persona;

solo così può prendersi cura della persona nella sua globalità.

I compiti del medico sono:

- curare
 - educare alla salute e prevenire la malattia, cioè la **PREVENZIONE PRIMARIA**
 - riabilitare
 - organizzare un sistema sanitario di tutela della salute compatibile con le risorse economiche
- Ad ognuno di questi ambiti corrispondono delle specializzazioni mediche.

In ordine:

- clinico
- igienista
- fisiatra o riabilitatore
- medico che si occupa dell'organizzazione del sistema sanitario

Per fare ciò il medico deve:

- risolvere i problemi
- imparare gli aspetti della vita delle persone che gli sono affidate
- educare alla salute

Non è detto che il medico riesca a risolvere il problema del paziente.

Nonostante ciò deve cercare di dare una spiegazione al paziente.

E' questo che chiede il paziente.

Al medico è richiesto di essere **COMPETENTE**:

- porsi in un determinato modo
- saper fare
- sapere

Bisogna saper riflettere:

- in vari momenti, esempio durante la raccolta dell'anamnesi
- su sé stessi, analizzando il rapporto che si ha con la malattia, il paziente che soffre, ecc...

Bisogna prima di tutto capire se stessi e il rapporto che si ha con la sofferenza e con il soggetto che soffre.

- sul normale e sul diverso.

Il medico non è tenuto a dare giudizi, non deve perciò preoccuparsi di ciò che è normale e ciò che è diverso.

Tutti questi aspetti sono importanti per instaurare un rapporto con un paziente che non si conosce.

Bisogna perciò sapere:

- valutare la persona che si ha davanti
- come porsi di fronte alla sofferenza
- quali valori si danno al proprio "essere medico", cioè quale missione ci si propone e quale ruolo si pensa di avere che può essere un ruolo di potere, derivato dallo status sociale, o se si ritengono più importanti altri ruoli.
- come garantire il meglio ai pazienti;

essere perciò competenti

Non c'è medicina senza:

- scienza
 - metodo
 - valori etici
 - codice deontologico di comportamento
 - umanità
 - relazioni: se non si è in grado di instaurare relazioni con i pazienti bisogna scegliere specialistiche che non implicano contatti con i pazienti, ma solo contatti con le malattie.
- es.: anatomopatologo, medico legale...

Il metodo è una chiave utilizzabile in diverse situazioni per poter ragionevolmente partire da sintomi e segni, da una storia, da una anamnesi, formulare un'ipotesi e arrivare ad una diagnosi e a una terapia.

Ciò è quello che si prefigge la **METODOLOGIA** o **SCIENZA DEL METODO**.

Il medico deve prendere delle decisioni ogni giorno.

Queste a volte sono semplici e codificate dalle linee guida, altre volte però sono complesse e richiedono la costruzione di una strategia.

La strategia solitamente è costruita insieme dal medico e dal paziente, non solo dal medico.

PRIMO CONTATTO MEDICO-PAZIENTE

Variabili inerenti al paziente:

- personalità del paziente
 - disturbi che il paziente presenta;
- posso essere disturbi di tipo organico o di tipo psicopatologico

Variabili inerenti al medico:

può farsi coinvolgere, rimanere asettico, essere empatico (= mostrare comprensione, ma allo stesso tempo rimanere obiettivo senza farsi coinvolgere troppo)

Ciò dipende da

- formazione
- personalità

Variabili inerenti alla situazione:

si hanno situazioni diverse in pronto soccorso rispetto a quelle che si hanno in ambulatorio o in una casa privata o in un reparto. Diverse situazioni richiedono capacità decisionali diverse.

La prima visita medica si prefigge 3 scopi:

- raccolta di dati anamnestici: raccogliere informazioni dal paziente
- restituire informazioni al paziente: spiegare, educare, motivare..
- creare e mantenere la relazione medico-paziente

Questi scopi possono essere sintetizzati in tre regole:

- il medico riceve informazioni dal paziente
- il medico dà informazioni al paziente
- il medico dialoga con il paziente, stabilendo così un rapporto di fiducia

E' compito del medico:

- valutare la comunicazione verbale e non-verbale.
- Deve perciò **osservare** come si comporta il paziente
- gestire l'ansia propria e del paziente
 - individuare le difese attuate dal paziente di fronte alla malattia.

Es. il paziente può minimizzare o enfatizzare la malattia.

- formulare diagnosi appropriate.

Ciò implica anche avere il coraggio di dire che non si è riusciti ad individuare il problema, se non lo si ha capito, o che si necessita di più tempo per capirlo.

- chiudere il colloquio in modo appropriato senza lasciare domande in sospeso.

Lasciare domande in sospeso può portare il paziente a rivolgersi ad un altro medico, per avere risposte più esaurienti, oppure a tornare nuovamente.

La relazione medico-paziente comprende l'instaurarsi di un' **ALLEANZA**

- **DIAGNOSTICA**:

Il medico deve spiegare al paziente tutti gli esami a cui deve sottoporsi: in cosa consistono, se sono più o meno invasivi...

Il paziente deve acconsentire a sottoporsi a questi esami.

- TERAPEUTICA:

il paziente deve essere libero di dire se ha assunto o non ha assunto il farmaco; solo così il medico può valutare la reale efficacia del farmaco, modificando opportunamente la terapia in caso di insuccesso.

Inoltre il medico deve indagare l'assunzione di eventuali sostanze riconducibili alla cosiddetta "medicina alternativa", che possono dare problemi di tossicità o interazione con la terapia attuata.

Tra i pazienti è frequente l'errata convinzione che i farmaci biologici non facciano male.

È compito del medico capire e farsi capire dal paziente, soprattutto per quanto riguarda termini fuorvianti come l'aggettivo "**biologico**" (farmaco ottenuto attraverso metodi biotecnologici).

- GESTIONALE

Il medico deve spiegare al paziente che deve attenersi a un follow up ben definito, che deve seguire determinate regole, stile di vita e controlli; ciò per evitare delle complicanze.

L'atteggiamento medico focalizzato sul potere non è un atteggiamento vincente, perché compromette l'instaurarsi di un' **alleanza** efficace.

Il medico non deve guardare solo guardarsi se stesso e il proprio ambito, ma deve confrontarsi con il paziente.

ANAMNESI

Primo contatto tra medico e paziente.

È insostituibile e fondamentale.

È il punto di partenza del procedimento diagnostico.

Gran parte delle informazioni e delle decisioni si basano e dipendono dall'anamnesi.

L'anamnesi si basa su informazioni ottenute dalle parole, ma anche da segnali non-verbali ed emozioni.

La deduzione delle informazioni è perciò verbale e non-verbale.

L'anamnesi è:

- **la memoria della storia del paziente**, di ciò che il paziente ricorda riguardo le sue malattie.

- **una mediazione**: una deduzione del significato estrapolato dal racconto;

bisogna perciò saper trasformare tramite la terminologia medica ciò che racconta il paziente.

N.B.: all'esame non utilizzare la frase-scusa "eh ma me lo ha detto il paziente"

L'anamnesi è il risultato di una mediazione del medico.

- una storia della persona, un racconto di eventi riguardanti la salute ed il vissuto del paziente.

L'anamnesi si basa su domande e risposte, ma anche su ciò che il paziente dice liberamente.

Il medico deve far parlare il paziente e lasciarlo parlare.

Tra medico e paziente deve instaurarsi una relazione fiduciaria.

L'anamnesi non è una sequenza fredda di domande.

L'anamnesi non è una raccolta asettica di dichiarazioni del paziente.

L'anamnesi non è un elenco di eventi, malattie o interventi.

L'anamnesi non è un interrogatorio, un colloquio intrusivo e indagatorio.

Il medico deve comportarsi da storiografo;

deve perciò raccogliere e interpretare il significato di ciò che dice il paziente.

Il medico deve avere le capacità di **CHIEDERE** e **ASCOLTARE**.

il medico deve essere in grado di:

- identificare il problema

- monitorare la malattia

Per fare ciò bisogna parlare poco e ascoltare molto.

Il medico deve avere la capacità di chiedere, poiché la domanda condiziona la risposta.

Le domande possono essere:

- aperte: es. "Come sta?"

"Per quale motivo è venuto qui?"

"Ha fatto altre indagini?"

"Che cosa la preoccupa di più?"

- chiusa es. "Il dolore è qui?"

"Quanto era ieri la temperatura?"

“ L’escreato era giallastro o verdastro o striato di sangue?”

N.B.: EMOTTISI o VOMICA = grande quantità di sangue emesso dall’albero respiratorio

EMOFTOE: emissione di espettorato striato di sangue

E’ necessario utilizzare entrambe le tipologie di domanda per effettuare una corretta anamnesi.

Nella raccolta dell’anamnesi bisogna partire con le domande aperte:

- consentono di identificare i problemi che il paziente presenta ed avere un racconto complessivo, che ci consente di percepire il vissuto del paziente.

In realtà ciò che il paziente racconta può non essere il problema più grave; ognuno percepisce diversamente una stessa cosa.

- facilitano l’ascolto e il racconto

In generale servono per farci un’idea generale della situazione del paziente.

Le domande chiuse sono domande ben definite, che presuppongono una risposta ben definita.

Sono necessarie per definire con precisione un fatto.

Ci permettono di valutare un problema ben definito.

Le domande chiuse sono necessarie per focalizzare eventi e sintomi, per inserirli in un casellario ben definito

Le domande chiuse possono essere multiple e/o concatenate;

ciò consente di avere un quadro ben definito della situazione

Possono essere immaginate come dei quiz.

Le domande chiuse forniscono informazioni precise.

Servono per approfondire una determinata situazione.

Le domande chiuse sono utili, ma vanno usate solo in un secondo momento, dopo un iniziale ambientamento.

I pro delle domande chiuse sono:

- precisione

- rigore

- approfondimento in dettaglio

- successione logica

- confermano o escludono i nostri dubbi

I contro delle domande chiuse sono:

- problemi di ricordo, soprattutto per quanto riguarda le persone anziane

- minore riflessione da parte del paziente

- rischi di non avere una risposta poiché non si pone la domanda

Il paziente non fornisce una determinata informazione poiché non viene posta una determinata domanda.

Si cerca solo quello che si pensa essere importante, senza avere una visione ampia della situazione

I pro delle domande aperte:

- inducono il paziente a raccontare

- il paziente può fornire risposte a domande a cui il medico non aveva pensato

- permettono di valutare la percezione e la coscienza del disturbo che ha il paziente

La domanda aperta è perciò più informativa.

Le domande aperte sono anche utili per far ripetere al paziente e rinforzare ciò che ha appena detto.

Es. “ Mi spieghi meglio”

“ E’ davvero la prima volta oppure è già successo altre volte?”

“ Come è cominciata la storia?”

Questa è detta TECNICA DI ECO: far ripetere il racconto in modo da essere certi di quello che abbiamo sentito. Per far ciò si utilizza la riproposizione interrogativa dell’affermazione del paziente, cioè un aggancio a quello che il paziente dice, un invito a spiegarsi meglio e a impegnarsi di ricordare con la massima precisione.

I diversi tipi di domande (aperte, chiuse e di eco) si combinano per avere una raccolta anamnestica esauriente.

Fondamentale è l’uso consapevole e strategico del silenzio, in altre parole la capacità di ascolto.

Questo può permettere di avere accesso ad informazioni nuove.

Il silenzio facilita il racconto nella sua integrità.

Esso richiede un esercizio di analisi della frase molto attento;

bisogna infatti interpretare quello che il paziente dice.

La percentuale di pazienti che riesce a raccontare al medico la sua storia per intero è del 20%

Il 50% dei pazienti viene interrotto verso la fine del racconto.

Il 10% dei pazienti viene interrotta addirittura all’inizio del racconto.

In media il medico interrompe il racconto del paziente dopo 18 secondi.

Il silenzio è una strategia di ascolto.

La capacità di ascolto implica la capacità di utilizzare il silenzio.

Non adottare questa strategia di ascolto compromette il riconoscimento dei problemi e può portare a un'ipotesi diagnostica sbagliata.

Il silenzio, unito a misurati messaggi non-verbali, possono assecondare il racconto.

Fraasi brevi di inserimento spingono il paziente a continuare, a raccontare meglio e a ricordare meglio.

Es.: "Poi..."

"In che senso?"

"Si ricorda ancora qualcosa?"

"Non le è sfuggito nulla?"

"E' sicuro di avermi detto tutto?"

"E' sicuro di non aver dimenticato qualcosa?"

"Mi faccia capire..."

E' compito del medico stimolare il paziente a colloquiare.

Per fare ciò si può:

- usare eventi normali e comuni per facilitare il ricordo;

se un persona non ricorda la data precisa di un evento è utile chiedere se è stato prima o dopo un evento importante della sua vita

es. prima o dopo la nascita del primo figlio

prima o dopo la laurea

Si può così collocare nel tempo un determinato avvenimento.

- adottare le abitudini come riferimento di collocazione dei ricordi nel tempo

- non dare per scontato nulla

La sequenza corretta da utilizzare nella raccolta di una anamnesi è:

- ascolto/silenzio

- domande aperte

- tecnica di continuazione

- domande di eco

- domande chiuse

All'inizio perciò la voce predominante è quella del paziente; alla fine è quella del medico.

Ci sono vari stili di anamnesi:

- modello centrato sulla malattia: anamnesi raccolta chiedendo ai vari esperti delle malattie presentate dal paziente.

Il colloquio e la raccolta di informazioni si identificano con il processo diagnostico.

Essa perciò conferma o disconferma i dati che portano verso una diagnosi.

Lo stile prevalente dell'intervista è a domande chiuse.

Questo tipo di anamnesi individua vari problemi;

per ogni problema si deve fare una storia.

Questo tipo di anamnesi però rischia di essere slegata.

Inoltre c'è il rischio di perdere una serie di informazioni.

Tuttavia in una situazione complessa di polipatologie o di ? può

essere utile focalizzare i vari problemi del paziente.

- modello centrato sul paziente: permette l'integrazione tra competenze biomediche e il punto di vista del paziente.

Si basa su un colloquio tra esperti;

il medico esperto di problemi di salute ed il paziente esperto di ciò che ha vissuto dal punto di vista patologico.

Prevede tecniche di comunicazione ed una particolare abilità del medico.

Questa anamnesi è più efficace;
rende più soddisfatto il paziente, che si sente più coinvolto, ed è
perciò utile nel corso della prima visita per instaurare l'alleanza
medico-paziente.

Utilizza inizialmente domande dell'ambito familiare, cioè le
cosiddette **DOMANDE FISILOGICHE**.

Tramite queste domande vengono valutate le attività lavorative, le
attività ambientali, le relazioni, gli stili di vita e le abitudini, le
attività biologiche e fisiche, eventuali problemi psicologici, ...

L'importante è non apparire invasivi all'inizio;
per far ciò non bisogna porsi subito con una serie di domande che
interessano la sfera affettiva e intima, ma inizialmente questa
anamnesi deve rimanere ad un livello superficiale, almeno fino a
quando non si conosce meglio il paziente.

E' importante avere la capacità di interpretare i bisogni del
paziente.

Il problema non deve essere solo del medico o solo del paziente;
il problema è di entrambi.

Questa anamnesi è un'ottima opportunità per riflettere insieme
sullo stile di vita del paziente e sui modi con cui si può intervenire.

Nella raccolta dell'anamnesi bisogna evitare errori frequenti, che possono portarci fuori strada:

- evitare di parlare a vuoto e di dire cose non attinenti al motivo della visita
- evitare divagazioni, che possono portare fuori strada
- di perdere il controllo dell'intervista;

bisogna essere in grado, se necessario, di riportare il paziente su quelli che sono i problemi.

- la perdita del motivo principale del colloquio
- scarsa incentrività e pertinenza.

Il medico deve essere in grado di dirigere in modo decisivo il colloquio;
non può esserci anarchia totale da parte del paziente.

- essere intrusivi;
- non bisogna indagare aspetti che il paziente in quel momento non vuole toccare

Durante la raccolta dell'anamnesi bisogna mantenere:

- gli obiettivi che ci si prefigge
- la professionalità;

nonostante si cerchi di instaurare un'alleanza non bisogna perdere la professionalità.

- rigore e precisione;
- sono caratteristiche fondamentali per il processo diagnostico
- profondità;

non essere superficiale, ma andare a fondo

- mantenere un linguaggio adeguato e appropriato

Varie informazioni sono importanti per:

- arrivare ad un'ipotesi diagnostica;
 - comprendere il vissuto del paziente riguardo la malattia;
- lo si coglie dalle sue risposte, dal suo atteggiamento e dai suoi comportamenti non-verbali
- monitorare le modificazioni del quadro clinico dal momento in cui è stata posta la diagnosi
 - raccolta delle informazioni necessarie per l'educazione del paziente e per la pianificazione del
procedimento diagnostico e terapeutico.

Il colloquio per la raccolta di dati anamnestici è articolato secondo le regole della cortesia e della buona conversazione.

Si basa sulla capacità di chiedere e di ascoltare, non su una situazione di potere.

Si avvale dell'abilità di organizzare bene le parole del paziente.

Si procede in ordine cronologico, ad eccezione di alcuni casi in cui non si ha un'anamnesi patologica remota e prossima.
es. nell'anamnesi per problemi o nell'anamnesi per malattia

Per scrivere una buona anamnesi bisogna mettersi nei panni del paziente e cercare di scrivere la sua storia, chiedendosi che cosa
vorremmo sentirci dire, che cosa vorremmo sentirci chiedere, quali spiegazioni vorremmo dal medico.

Bisogna cercare di scrivere la storia del paziente con tutti gli eventi principali del suo vissuto e della sua salute.

La storia deve essere comprensibile.

L'abilità sta nel rendere il paziente in grado di scrivere la sua storia insieme al medico.

Le prime domande che il medico deve porsi quando conosce un nuovo paziente sono:

- Chi è questa persona?
- Qual è il suo problema?

Per iniziare una nuova relazione medico-paziente bisogna essere curiosi;

bisogna cercare di rispondere a queste due domande nel modo più completo possibile.

E' importante porre una serie di domande superficiali con l'obiettivo di instaurare questo rapporto.

Nelle molteplici informazioni che il paziente fornisce alle domande aperte poste dal medico, quest'ultimo deve essere in grado di dare un ordine utilizzando termini appropriati.

Le informazioni che deve necessariamente contenere l'anamnesi sono, nell'ordine:

- il motivo per cui il paziente si è rivolto al medico, cioè qual è il problema;
- può essere definito patologica prossima oppure ? clinico, quando c'è un ingresso in ospedale

Questa è la prima cosa che bisogna scrivere

- patologica prossima e remota
- familiare e fisiologica

L'ordine ha però un'importanza relativa.

La cosa fondamentale è che l'anamnesi contenga tutte queste informazioni.

Sicuramente, però, la PATOLOGIA PROSSIMA è la prima che deve essere raccolta.

Ciò ci permette di valutare:

- le urgenze
- il pericolo di vita
- la necessità di un intervento immediato
- il vissuto del paziente;

come il paziente vive la sua situazione, in modo più o meno angosciato

Non è detto che il motivo dichiarato sia il problema reale.

E' necessario interpretare la risposta del paziente.

Successivamente si può proseguire con l'ANAMNESI FISIOLGICA PERSONALE.

E' un'indagine del profilo psico-sociale del paziente.

Si fanno domande riguardo:

- ambiente
- famiglia
- lavoro;

i lavori possono essere più o meno stressanti, più o meno a contatto con sostanze chimiche

- abitazione
- servizio militare, se stato fatto
- viaggi recenti, soprattutto in paese dove vi è rischio di particolari malattie infettive
- persone che vivono con il paziente
- paziente ??

- alimentazione

- livello di attività fisica quotidiano;

capire se il paziente è sedentario oppure svolge attività fisica quotidiana

- interessi
- stile di vita
- consumo di bevande
- fumo
- uso di sostanze ??

- scuola e rendimento scolastico

- diuresi;

oliguria o ?? sono spesso associate a problemi renali

- frequenza di defecazione;

Importante per ipotizzare una diagnosi

es. diarrea ricorrente nel bambino è spesso associata a celiachia

scariche lipo-muco-sanguinolente sono spesso associate a malattie infiammatorie croniche

- sonno

Pazienti che soffrono di insonnia e assumono benzodiazepine so sono probabilmente soggetti ansiosi.

Alcune malattie però sono caratterizzate da un alterato ritmo sonno-veglia

es. fibromialgia caratterizzata da mancanza di sonno;

dolori diffusi causano insonnia e/o sonno non ristoratore.

E' importante chiedere: "Dorme bene o dorme male?"

"Quando si sveglia si sente riposato o le sembra di non aver dormito?"

“ Si sveglia perché ha dolore oppure non riesce proprio a dormire?”

“ Prende farmaci per dormire?”

- sviluppo infantile;

il medico cerca di capire se è stato normale

- pubertà o menarca;

si chiede quando ciò è avvenuto

- quantità cicli mestruali

- fertilità

- gravidanza

- aborti

- parti

- menopausa

Tutto ciò perché vi sono malattie caratterizzate da eventi particolari

es. malattie caratterizzate da aborti ricorrenti sono

- celiachia: malattia autoimmune, causata dalla presenza di anticorpi contro l'enzima transglutaminasi.

Gli auto-anticorpi sono utilizzati per lo screening della malattia.

E' un'intolleranza al glutine.

Frequenza 1/100-150

E' caratterizzata da un appiattimento dei villi.

Eliminando i cereali contenenti glutine il paziente guarisce;

non sono necessarie terapie immunosoppressive.

Uno dei disturbi è l'aborto ricorrente nelle donne.

(probabilmente gli auto-anticorpi colpiscono degli auto-antigeni presenti a livello dei villi coriali)

- sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi: malattia autoimmune.

Il paziente presenta anticorpi diretti contro i fosfolipidi di membrana.

Questi anticorpi causano trombosi;

tra queste vi sono anche trombosi a carico delle arterie

dei villi coriali, con conseguenti aborti ricorrenti.

Una donna che è andata incontro ad aborti ricorrenti potrebbe avere una di queste due malattie.

E' utile ricercare gli anticorpi contro la transglutaminasi o contro i fosfolipidi di membrana.

N.B.: malattia infiammatoria pelvica: caratterizzata da dolore pelvico continuo, non da aborti ricorrenti.

Inoltre può insorgere dopo gravidanza.

Generalmente dovuta a infezione da Micoplasmi, da ? o da Clamidia.

Può compromettere del tutto la fertilità.

eritroblastosi cutanea: colpisce in primo luogo il bambino.

Dovuta ad un'incompatibilità materno-fetale del ? Rh.

Tutte queste informazioni possono sembrare inizialmente banali, ma successivamente, contestualizzate in una serie di altre informazioni, permettono di formulare un'ipotesi diagnostica.

Questa va poi verificata

Lezione di Semeiotica M. e C. del 1/10/2013 (1)

Lezione di Metodologia e Medicina di Laboratorio del 1/10/13

Sbobinatore: Anna Varalta

Revisore: Chiara Girotto

[non sono in possesso delle slide inerenti alla lezione Ndr]

Il professore completerà in questa lezione il discorso iniziato nella lezione precedente riguardante l'anamnesi.

Riprende il discorso dai DISTURBI DEL SONNO e come la loro identificazione sia importante per un'anamnesi completa. Il docente continua poi con la spiegazione riguardante l'anamnesi familiare.

I pazienti affetti dalla patologia nota come Fibromialgia presentano una pessima qualità del sonno a causa dei loro dolori diffusi. Una cattiva qualità del sonno può quindi essere indicativa (insieme ad altri sintomi ndr) di una particolare patologia.

ANAMNESI FAMILIARE

E' importante notare se fra i discendenti, gli ascendenti e i collaterali vi siano patologie particolari, in quanto queste possono avere una correlazione con lo stato di salute attuale o potenziale del paziente.

Questo aspetto dell'anamnesi è di particolare importanza per patologie particolari, non solo per malattie ereditarie trasmesse in modo monogenico, ma anche per patologie che hanno un interessamento(background) poligenico e che ricorrono all'interno di una stessa famiglia (es: malattie autoimmuni, malattie allergiche).

Fra le patologie trasmesse in modo monogenico, classico, il professore cita la Neuroacantocitosi, malattia neurologica devastante.

FATTORI DI RISCHIO

E' importante valutare i fattori di rischio che ricorrono nella famiglia del paziente.

Ad esempio un soggetto giovane che presenta Cardiopatia ischemica può rivelare una familiarità importante per Cardiopatia ischemica oppure per eventi cardiovascolari acuti.

Inoltre un paziente potrebbe presentare familiarità per alterazioni metaboliche, quali il Diabete.

ALTRI FATTORI DA INDAGARE

Altresì importante indagare altri aspetti riguardanti i membri della famiglia del paziente:

- lo stile di vita, le abitudini come fumo, abuso di alcool, obesità ecc (*il prof successivamente li rinomina FATTORI AMBIENTALI Ndr*)
- Alterazioni geniche che coinvolgono fattori della coagulazione (*non chiedetemi come mai non l'abbia inserito nel discorso precedente Ndr*)
- Tumori (es: tumore della mammella, del colon): alcuni tumori presentano ricorrenza nei membri di una famiglia in quanto questi ultimi possono essere portatori di mutazioni in geni chiave che predispongono ad una possibile neoplasia. In questo caso l'anamnesi familiare è utile per programmare un efficace screening periodico e per controllare la presenza/evoluzione di lesioni preneoplastiche/neoplastiche nei membri di una famiglia (es: colonscopia in famiglie in cui ricorre il tumore al colon)
- Malattie infettive (es: TB, Lebbra). Il professore riferisce di un paziente asiatico che aveva trascorso parte della sua infanzia con uno zio affetto da lebbra: l'anamnesi familiare in questo caso aveva aiutato i medici nella diagnosi.
- Disturbi psichiatrici (es: Disturbo bipolare, psicosi maggiori, depressioni maggiori)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

Dov'è il limite fra anamnesi prossima e remota?

Criterio cronologico: è remoto tutto ciò che non riguarda il motivo per cui il paziente è ricoverato o giunge in ambulatorio

Criterio logico: recupero eventi cronologicamente distanti, ma correlati all'evento.

Criterio "per problemi": il medico valuta i problemi attivi presenti e passibili di un intervento diagnostico o terapeutico: questi fanno parte dell'anamnesi prossima. I problemi passati, che si sono verificati e si sono risolti, non sono oggetto di indagine e vengono posti nell'anamnesi remota*.

Il medico deve quindi saper distinguere fra eventi che si sono risolti e problemi attuali, che hanno una continuità col presente. Il medico quindi non raccoglie meramente e telegraficamente dati riguardanti la salute del paziente, ma è quindi chiamato ad interpretarli.

*NB: remoto non significa per forza molto lontano dal presente, al medico in questo caso interessa maggiormente che l'evento si sia concluso. Remoto può anche riferirsi ai pochi giorni prima se l'evento si è risolto

FATTORI FACILITANTI L'ANAMNESI REMOTA

- Presenza di familiari, accompagnatori
- Esami eseguiti
- Documenti clinici
- Riferimenti ad eventi comuni della vita
- Domande mirate

I pazienti, anche con un sensorio integro, possono risultare ansiosi e agitati nel colloquio e ciò rende difficile una raccolta precisa e dettagliata delle informazioni anamnestiche. A questo proposito è utile che il medico sappia indirizzare il paziente in maniera adeguata, facendosi eventualmente aiutare da accompagnatori eventualmente presenti.

Gli esami eseguiti aiutano a collocare precisamente gli eventi nel tempo.

Il riferimento a eventi comuni della vita aiuta la memoria e la corretta collocazione temporale delle informazioni. Questi eventi fungono da spartiacque nella storia del paziente.

Infine alcune domande mirate possono facilitare il completamento dell'anamnesi remota (es: "E' mai stato dal medico/in pronto soccorso?" "Si è mai sottoposto a tale intervento chirurgico?" "Assume farmaci?" "Ha mai avuto dolore toracico/stenocardico?" "E' la prima volta che lo presenta?")

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

E' la prima che si raccoglie e richiede una precisione e un dettaglio elevati.

Eventi riguardanti il paziente vanno collocati in questa parte dell'anamnesi secondo un criterio:

- Cronologico
- connesso al referral
- di attività del problema, in quanto quest'ultimo ha portato il paziente dal medico
- di continuità: il problema è insorto precedentemente, ma si è modificato nel tempo. Il paziente lo percepisce come diverso/nuovo rispetto a prima.

E' importante non cadere errore in quanto:

- il paziente può negare (es: "Ha avuto rapporti sessuali non protetti?")
- il paziente può non ricordare
- il paziente può non comprendere la domanda, non comprendere la terminologia (es: "Ha mai usato farmaci biologici?" il paziente intende il termine "biologici" nel senso più comune del termine (es: fitoterapici) e non nell'accezione di "farmaci biotecnologici di ultima generazione"; non credere che per terapia si includa anche quella farmacologica per os, ma intendere solo terapie fisiche quali quelle fisioterapiche o altre)
- il paziente può avere pregiudizi (es: il paziente, nel rispondere alla domanda "Che esami ha eseguito?" riferisce solo dati correlati a esami del sangue e altri esami "classici" e non quelli di imaging o altri protocolli non tradizionali)

RACCOLTA DEI SINTOMI

Può essere utile:

- tornare più volte sulla stessa domanda, usare tecniche di eco ("Cosa è successo esattamente?")
- ripetere quanto detto dal paziente ("Quindi se ho capito bene lei intende dire che...?")
- far dire prima i fatti e poi interpretare
- porre le domande in tono neutro, senza far trasparire giudizi o altro

Aspetti sintomatologici da indagare:

- esistenza

- localizzazione
- qualità (es: Dolore puntorio? Diffuso? Sordo?)
- quantità
- eventi visibili
- collocazione cronologica
- durata
- frequenza
- circostanze
- manifestazioni associate
- impatto sulla vita quotidiana (es: la Fibromialgia è una patologia ancora oscura, non se ne conosce né causa né cura, e l'impatto sulla vita quotidiana è forte. Colpisce in prevalenza donne e se queste sono soggetti fisicamente attivi, la perdita della capacità di svolgere le normali attività può portare a depressione, che ulteriormente peggiora la Fibromialgia)

CLASSIFICAZIONE DEI SINTOMI

PATOGNOMONICI PERFETTI: rarissimi, sono sintomi che sono fortemente suggestivi di una determinata patologia (necessari e sufficienti)

PATOGNOMONICI IMPERFETTI: comuni, rientrano nei criteri diagnostici, ma non sono sufficienti (necessari, ma non sufficienti). (es: il LES ha numerosi sintomi patognomonicamente imperfetti, per diagnosticarlo ne sono sufficienti 5)

OBBLIGATORI: devono essere presenti per convalidare la diagnosi (es: marker bioumorali in patologie specifiche)

PROBABILI/POSSIBILI

ASPECIFICI (es: sintomi sistemici come febbre, astenia, malessere, calo ponderale)

NEGATIVI

SINTOMI GUIDA

(non mi è chiaro se facciano parte dell'elenco precedente, secondo i miei appunti no NdR)

Sono sintomi che si verificano in un numero limitato di patologie e che devono essere approfonditi.

Sono obbligatori in fase conclamata, ma devono essere completati da altri sintomi e segni.

Esempi:

- tosse
- dolore toracico
- dolore retro sternale
- vomito (può essere correlato a infezione microbica, trauma cranico/edema cerebrale, reazione avversa a farmaci)
- pirosi gastrica (correlato a possibile infezione da H. Pylori, reazione avversa a FANS, tumore allo stomaco)
- fenomeno di Raynaud: correlato a vasospasmo delle arteriole delle estremità degli arti in generale, in particolare delle mani. Detto fenomeno "a bandiera francese" in quanto ad un primo momento ischemico (colore cutaneo bianco, dolore) segue un secondo momento di cianosi per vasodilatazione e ristagno e un terzo momento nel quale l'aspetto cutaneo è eritematoso per riattivazione del circolo.

Può essere **PRIMITIVO** (isolato; il più frequente; non è segno di alcuna patologia) o un sintomo che precede anche a distanza di anni altri sintomi correlati a patologie autoimmuni e connettivopatie quali LES, AR, Sclerodermia cutanea limitata ecc).

Nel sospetto del secondo tipo di fenomeno, si ricercano autoanticorpi e se mancanti, il fenomeno è classificato come primitivo.

Altre caratteristiche che contraddistinguono il fenomeno primitivo da quello correlato a autoimmunità sono: la maggior gravità, durata e frequenza del secondo e la sua correlazione con atrofia della cute visibile come ulcere digitali. Un esame capillaroscopico che evidenzia lesioni pone le basi identificative del fenomeno come correlato a patologie autoimmuni.

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE NEL COLLOQUIO

Deve essere basata su:

- rispetto dei punti di vista e delle opinioni del paziente (es: non prescrivere una lista di 10 farmaci senza accertarsi che il paziente abbia l'intenzione di prenderli)
- cura del benessere psicologico del paziente

- visione del paziente come un individuo unico
- considerazione del contesto del paziente
- capacità di ascolto
- empatia/fiducia/confidenza misurati

Comportamenti da evitare:

- essere interrotti dal telefono
- mostrare impazienza, mancanza di tempo (piuttosto rinviare l'appuntamento se si è di fretta)
- assumere atteggiamenti accusatori nei confronti del paziente
- essere inquisitori
- porsi in una posizione di potere
- entrare in competizione
- intavolare un contraddittorio,
- essere invadenti
- non far dirigere il colloquio dal paziente
- accogliere provocazioni
- farsi coinvolgere su giudizi su altri colleghi
- atteggiarsi a "compagnone"
- perdere il contatto visivo (avere uno sguardo sfuggente può far credere al paziente che il medico non sia all'altezza o che abbia poco tempo a disposizione)
- raccogliere subito gli esami

Le diverse situazioni ci portano ad una raccolta dei dati anamnestici diversa.

L'anamnesi

- di un ricoverato deve essere completa
- di un paziente di pronto soccorso è sicuramente più parziale, focalizzata sui dati inerenti al problema attuale
- di un paziente ambulatoriale è centrata sul motivo che spinge il paziente al consulto, il problema attivo
- di un paziente non vigile è raccolta dall'esposizione dei familiari

ANAMNESI D'ORGANO

Possiamo fare un'anamnesi per patologia, per malattie, per problemi attivi, ma in alcuni casi è preferibile eseguire un'anamnesi d'organo.

L'anamnesi d'organo:

- è molto spesso utilizzata nell'ambulatorio specialistico
- è solitamente basata sull'utilizzo di domande chiuse e sequenziali
- Si conduce rapidamente
- Può essere strutturata in format particolari (?)

Indaga e valuta:

- Sintomi aspecifici (febbre, insonnia, calo ponderale, astenia, anoressia ecc)
- Aspetto di cute e sottocute
- Manifestazioni emorragiche (emorragie cutanee, emoftoe, enterorragia, melena, emottisi, ematemesi ecc)
- Qualità di articolazioni, muscoli, ossa
- Manifestazioni dell'apparato respiratorio (tosse, dispnea ecc)
- aspetto dell'escreato

- *Incomprensibile* cardiaco/vascolare (es: cianosi, intesa come colorito bluastrò della cute dovuto ad accumulo nel sangue di Hb deossigenata >5g/dL; ipertensione; cefalea)
- funzioni digestive (disfagia, stipsi, melena, diarrea, vomito, rettorragia ecc)
- Funzioni genitourinarie
- Funzioni endocrine (es. ipertiroidismo ha come sintomi tremori*)
- Funzioni nervose e degli organi di senso
- Manifestazioni allergiche e intolleranze a cibi/agenti inalanti
- Reazioni avverse** (comprendenti allergie e intolleranze) ai farmaci

*anche Parkinson, disturbi cerebellari hanno tremori come possibili sintomi

**Allergia≠Intolleranza≠Idiosincrasia

Allergia: viene citata allergia alla penicillina, caratterizzata dalla presenza di IgE contro diversi gruppi chimici che formano la molecola della penicillina. L'allergia è un fenomeno immunomediato.

Intolleranza: . L'intolleranza non è immunomediata. Generalmente un'intolleranza a farmaci si presenta dopo ripetute assunzioni del farmaco.

E' basata su vari meccanismi che possono essere correlati:

- alla quantità del farmaco assunta
- al tipo di farmaco
- a meccanismi idiosincrasici (per i quali il soggetto risponde in maniera esagerata a qualsiasi dose di farmaco)
- a patologie particolari come il favismo (nel quale l'assunzione di determinate classi di farmaci può scatenare una crisi)
- a altre patologie già accennate come l'intolleranza al lattosio, basate su deficit enzimatici.

NB: Se due farmaci diversi condividono strutture molecolari il paziente intollerante verso un farmaco potrà presentare già dalla prima assunzione intolleranza per l'altro. Si cerca sempre di fare il test di tolleranza anche per farmaci di famiglia diversa (riporto le esatte parole NdR).

[Se un paziente presenta allergia a beta lattamici e antibiotici anche di famiglia diversa si utilizzeranno farmaci più recentià questa frase era di difficile trascrizione, non sono molto sicura NdR]

Fra le intolleranze il professore cita l'intolleranza ai FANS, all'aspirina, ai mezzi di contrasto, al glutammato (sindrome del ristorante cinese, caratterizzata da vasodilatazione, sudorazione fino ad episodi di tipo *incomprensibile* e sincopale).

Infine il professore parla di reazioni avverse di alcuni soggetti a cibi quali cioccolato, caffeina. In quest'ultimo caso i soggetti sperimentano esageratamente, ad esempio, gli effetti eccitanti della caffeina

Idiosincrasia: è compresa nei fenomeni dell'intolleranza, spiegata sopra.

CARTELLA ORIENTATA PER PROBLEMI

- Orienta verso processi di tipo diagnostico e terapeutico
- Distingue problemi attivi (recenti o che rappresentano la continuazione di problemi sorti precedentemente) da inattivi (conclusi, non richiedono intervento medico perché gli esiti sono stabilizzati)

Facilita l'identificazione rapida del problema (es: medico di guardia legge cartella di un paziente la cui storia clinica è a lui sconosciuta)

- Fa esprimere delle ipotesi che verranno successivamente confermate o meno

REDAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

E' necessario:

- Rivedere con il paziente i punti salienti della cartella e avere da lui consenso/dissenso nei riguardi dei punti trattati
- Utilizzare un linguaggio tecnico e corretto
- Fare una descrizione dettagliata, ma non prolissa
- Espandere le parti più rilevanti, dare un peso alle varie informazioni
- Tenere conto del *incomprensibile*
- Utilizzare la lingua italiana correttamente
- Utilizzare calligrafia leggibile/scrittura a pc
- Ridurre al minimo le abbreviazioni
- Qualora i dati siano incerti o non controllabili, esplicitarlo nella cartella clinica con frasi quali “Il paziente riferisce che...” “non è disponibile documentazione” o utilizzare il condizionale* “Sarebbe stata posta diagnosi di...”
- Fare esplicito riferimento a documentazione disponibile
- Omettere giudizi

Non è compito di chi leggerà la cartella clinica interpretare i dati, ma sta al medico che la redige il compito di darne una prima analisi.

*il presente nella cartella clinica è utilizzato solo se si dispone di esami/dati/riferimenti certi e consultabili

TIPOLOGIE DI CARTELLA CLINICA:

- Cartacea
- Elettroniche
- A formulari prestampati
- Cartelle per problemi, in cui già è chiaro quale sia il problema principale

SEQUENZA TRADIZIONALE DELLA RACCOLTA ANAMNESTICA

1. Familiare
2. Fisiologica
3. Patologica prossima
4. Patologica remota

SEQUENZA CONSIGLIATA

1. Patologica prossima
2. Patologica remota
3. Familiare
4. Fisiologica

Incomprensibile (legge un elenco):

- La presentazione clinica
- La storia dei disturbi che portano il paziente *incomprensibile*
- Eventuali altri problemi e malattie coesistenti, spesso già noti (diabete ecc)
- Patologica remota

RAPPORTO DIRETTO MEDICO PAZIENTE

- Prevede partecipazione ed ascolto
- Prevede l'intervento del medico nel colloquio, ma esso dovrà essere misurato e preferibilmente alla fine del racconto del paziente

- Può coinvolgere altre figure mediche e non (specialisti, medici non tradizionali quali fitoterapeuta, omeopata ecc)
- Coinvolge anche Internet e giornali (il paziente giunge con diagnosi da lui formulate sulla base di ricerche su internet)
- Dialogo con il radiologo (il profe ricorda di imparare noi stessi a leggere le lastre e non fidarsi del referto del radiologo NdR)

Lezione di Semeiotica M. e C. del 7/10/2013 (1)

Lezione di Semeiotica del 07/10/2013

Sbobinatore: Tadiello Enrico

Revisore: Gavioli Irene

Nella prima parte della lezione il professor Lunardi discute con gli studenti sugli internati di semeiotica. Quindi il professore riprende il discorso sull'anamnesi, in particolare dell'anamnesi fisiologica.

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Si sta parlando di un'anamnesi ideale, perché in pratica è un po' diversa ed adattata alle varie situazioni.

La gravidanza:

- se è una gravidanza a termine o pre-termine,
- se una gravidanza è stata complicata da stati di gestosi gravidica, quindi ad esempio una gravidanza complicata da problemi di ipertensione o problemi nefrologici.
- assunzione di farmaci. Vi sono farmaci che sono fortemente controindicati in gravidanza. Per alcuni farmaci inoltre è importante sapere se sono stati assunti anche prima della gravidanza, perché devono essere sospesi qualche mese prima della fecondazione altrimenti potrebbero causare delle complicazioni, ad esempio delle malformazioni fetali (*effetto teratogeno di alcuni farmaci, NdR*).

Il parto:

- se è stato un parto naturale,
- se è stato un parto cesareo,
- se è stato prematuro o a termine,

L'allattamento (naturale o artificiale). Per quale motivo è importante sapere se l'allattamento è stato naturale o artificiale? Sono implicate le Ig secrete nel latte. Inoltre col latte vengono secreti alcuni farmaci, per cui ad esempio una paziente in terapia con immunosoppressori non può allattare (*perché altrimenti si avrebbe un effetto immunosoppressore anche sul neonato, interferendo con lo sviluppo del suo sistema immunitario, NdR*). Per quanto riguarda il passaggio delle Ig, esse hanno una funzione protettiva, e perdurano per qualche settimana nella circolazione del bambino. Vi sono numerosi studi che hanno dimostrato che l'allattamento al seno ritarda la comparsa di malattie allergiche. Le allergie sono ormai diventate una vera e propria epidemia, si stima infatti che circa il 20% della popolazione ne sia affetto. L'allattamento naturale quindi, quando è possibile, è molto importante per prevenire o ritardare allergie sia alimentari che di tipo inalatorio.

Parlando di allattamento naturale, è anche importante sapere quando introdurre nella dieta del neonato i cereali. Si è visto che l'assunzione di cereali da parte del neonato non dovrebbe avvenire prima del quarto mese di vita, e non dopo il settimo. Questo infatti riduce e ritarda l'insorgenza di celiachia (intolleranza al glutine).

Tempo fa si pensava che in questi bambini con predisposizione genetica per celiachia (figlio di celiaci, presenza dell'allele HLA-DQ8 associato ad una predisposizione alla celiachia), più si ritardava l'introduzione dei cereali con la dieta, minore sarebbe stata la probabilità di sviluppare celiachia. Ora in seguito ad alcuni studi si è visto che l'introduzione dei cereali dopo il settimo od ottavo mese è correlato con un aumento dell'insorgenza di celiachia. Il professore non sa spiegare esattamente il motivo ma probabilmente ha a che fare con l'induzione della tolleranza orale, argomento che sarà trattato forse a lezione al quinto anno (*Il professor Lunardi terrà anche lezioni di medicina interna, NdR*). I cereali introdotti tra il terzo e il settimo mese di vita sono importanti nello sviluppo di questa tolleranza orale. Il problema è comunque di tipo immunologico.

La crescita e lo sviluppo:

- se la crescita è stata normale o complicata.

La pubertà:

- menarca (*comparsa della prima mestruazione, in questo senso si intende l'età a cui sia avvenuto il menarca, NdR*)
- pubarca: è la comparsa dei peli a livello del pube.

- **ircarca**: è la comparsa dei peli a livello delle ascelle.

- **telarca**: è la comparsa delle mammelle.

Pubarca, ircarca e telarca compaiono alla pubertà, precocemente rispetto allo sviluppo degli altri caratteri sessuali secondari.

Nelle **femmine tra 10-14 anni**. Si parla infatti di pubertà precoce quando nelle femmine appare prima degli 8 anni.

Nel **maschio tra 12-16 anni**.

- **stadi puberali di Tanner**: sono degli stadi puberali che descrivono la comparsa dei caratteri sessuali. Sono 5 stadi, dal primo al quinto dove i caratteri sessuali sono completamente presenti, e si parla quindi di una persona adulta, con piena capacità riproduttiva.

Excursus su cianosi e ittero riprendendo quanto detto nella scorsa lezione, NdR.

La **cianosi** si manifesta **la concentrazione plasmatica di emoglobina ridotta è superiore a 5 g/dL**.

L'**ittero** invece si manifesta quando **la concentrazione plasmatica di bilirubina è maggiore di 3,5 mg/dl (non maggiore di 2,5 mg/dL come peraltro indicato nel corso di patologia generale, NdR)**. Tra 2,5 e 3,5 si parla di **sub-ittero**.

Se una persona è anemica è **più difficile** che diventi cianotica, perché è meno presente emoglobina, quindi quella che c'è sarà più saturata, quindi è più difficile che si superino i 5g/dl di emoglobina ridotta. *(Inoltre la curva di dissociazione dell'ossigeno dall'emoglobina è indipendente dalla quantità di Hb presente nel sangue e di conseguenza la percentuale di emoglobina ridotta nel circolo venoso è costante. Quindi una diminuzione della quantità di emoglobina si riflette in una riduzione della quantità di emoglobina ridotta).*

Il **grado di istruzione**: è importante capire qual è il grado di istruzione del paziente che avete davanti, in modo da capire il tipo di linguaggio da adoperare.

L'**attività lavorativa**: è importante soprattutto per valutare l'esposizione professionale a sostanze nocive (esempio degli operai dell'Ilva di Taranto, ma anche agricoltori a contatto continuo con il fieno che sviluppano il cosiddetto polmone del contadino, dovuto ad eccesso di presenza di precipitine sieriche dirette verso alcuni allergeni presenti nel fieno).

Lo stesso discorso si può fare per persone che abbiano in casa degli **animali esotici** (pappagallini...), che possono causare la comparsa di queste precipitine sieriche. Precipitine che non sono IgE, ovvero anticorpi responsabili di reazioni allergiche, ma sono IgG, che sono in grado di formare immunocomplessi e di attivare il complemento, e quindi sono responsabili di tutto quel processo che è responsabile della rinite (*neurite, non è chiaro, NdR*) allergica estrinseca.

L'**esposizione ad infezioni**: nella scorsa lezione è stato fatto l'esempio della lebbra, ma il caso più conosciuto è sicuramente quello della tubercolosi. Abitare o lavorare con persone infette da TBC e con una cavità tubercolare aperta espone a dei rischi, che devono essere tenuti in considerazione.

I **viaggi**: sono importanti ad esempio se si presenta qualcuno con una febbre di origine ignota, perché bisogna considerare se il soggetto ha compiuto viaggi che possono averlo esposto ad agenti patogeni.

Ma non solo viaggi, c'è anche una problematica legata all'**immigrazione** da considerare. Ad esempio recentemente ci sono stati dei casi di soggetti infettati da virus West-Nile, soprattutto in Emilia Romagna, che presentavano febbre elevata con problemi di tipo emorragico. O ad esempio un paio d'anni fa ci sono stati alcuni casi di artrite da Chikungunya. Sono agenti patogeni che sono importati da immigrati che provengono da aree nelle quali queste patologie sono endemiche.

I matrimoni, i figli.

Le **gravidezze**, bisogna sapere se sono state singole o gemellari, il peso del feto, gli eventuali aborti. Gli aborti sono importanti perché possono essere indicativi di una patologia come la celiachia, la sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi, l'ovaio policistico, gli ipogonadismi.

I flussi mestruali fisiologici:

- **amenorrea** è l'assenza di mestruazioni per più di sei mesi, questo può essere importante per definire una menopausa precoce, ma ci sono anche alcuni farmaci usati come immunosoppressori che possono causare amenorrea anche in soggetti giovani (ad esempio gli alchilanti come la Ciclofosfamide). Quando si prescrivono questi farmaci è necessario prestare attenzione ai dosaggi cumulativi, perché oltre ad una certa dose si ha sicuramente come effetto collaterale amenorrea o sterilità.

- **oligomenorrea** e **polimenorrea**, a seconda della frequenza.

- **menorragia** e **metrorragia**: emorragie uterine rispettivamente nel periodo mestruale o al di fuori di esso.

Le abitudini alimentari:

L'assunzione di acqua:

- **oligodipsia**: si intende un soggetto che beve molto poco (anziani in primis, per alterato senso della sete).

- **olidipsia**: si intende un soggetto che beve troppo, che beve più di tre litri al giorno. Una patologia che mi può dare polidipsia è il diabete mellito. Il diabete mellito infatti ha come sintomi polidipsia e poliuria.

Assunzione di alcol, caffè, stupefacenti.

Il tabagismo (quante sigarette, da quanto tempo...).

L'**alvo**: descrive la frequenza e la qualità delle feci, ad esempio diarroico, stiptico, muco-sanguinolento, sanguinolento, steatorrea (come nell'insufficienza pancreatica, poiché le lipasi sono prodotte dal pancreas, ma non si ha steatorrea nel morbo di Chron o nell'insufficienza epatica).

Se le scariche sono regolari si parla di alvo regolare (scariche alvine).

Una malattia caratterizzata da diarrea è il colera, ma il virus che più frequentemente dà diarrea è il Rotavirus, che causa la maggior parte dei casi di diarrea del viaggiatore ed è l'agente che causa la maggior parte delle diarree infantili (che soprattutto nei Paesi in via di sviluppo in seguito a disidratazione possono portare a morte).

Un'altra situazione non infettiva che dà diarrea, oltre al morbo di Crohn, è l'intolleranza al lattosio. L'unico latticino che può essere mangiato da chi è intollerante al lattosio è il grana, perché non contiene lattosio. Un'altra patologia che dà diarrea è la celiachia (infatti si ha appiattimento dei villi, malassorbimento e diarrea).

La **diuresi**:

- poliuria (ad esempio presente nel diabete)

- oliguria: frequentissima nei soggetti anziani.

- anuria: contrazione della diuresi, pressoché assenza di urine ad esempio 100 mL/die di urine. Generalmente è indicativo di insufficienza renale o di un'insufficienza di circolo (insufficienza renale pre-renale).

L'**attività fisica**: è importante per gli aspetti legati alle malattie cardiovascolari e metaboliche.

L'**attività sessuale**: può essere indicativa di disturbi di tipo ormonale, di tipo circolatorio (nell'uomo soprattutto si tratta soprattutto di disturbi vascolari prevalentemente arteriosi), o di problemi psicologici-psichiatrici. Nella donna inoltre può essere indicativo di infiammazioni e infezioni a livello vaginale, di malattia infiammatoria pelvica, di secchezza delle mucose (la sindrome secca - di Sjogren - è caratterizzata da secchezza delle mucose, da problemi a carico delle ghiandole esocrine).

Il **sonno**:

- un sonno disturbato può indicare una causa particolare,

- anche un iperlessia o una narcolessia può essere indicativo problemi a carico del SNC, oppure di problemi dismetabolici. Il professore porta l'esempio della sindrome di Pickwick, e chiede ad uno studente di approfondire l'argomento per la prossima lezione (*cf. la lezione di Semeiotica del 8/10/2013, NdR*),

- sonnolenza nel caso dell'ipotiroidismo,

- insonnia maligna: legata ad alterazione del SNC, per cui un soggetto non riesce proprio a dormire. Questo porta a morte perché la mancanza totale di sonno oltre ad un certo numero di ore è fatale. I casi sono pochissimi

- insonnia lacunare: ha un andamento ondulante, compare, scompare e ritorna

ANAMNESI FARMACOLOGICA

Fondamentale è l'anamnesi farmacologica; all'esame di semeiotica deve essere sempre fatta l'anamnesi farmacologica, qualsiasi tipo di anamnesi noi faremo all'esame (prossima, remota, fisiologica). Il professore non lo specificherà al momento dell'esame, è dato per scontato.

L'anamnesi farmacologica è infatti fondamentale, in quanto sempre una maggiore percentuale di popolazione ha età avanzata, è affetta da più di una malattia, e assume abitualmente farmaci in politerapia. E' importante per poter identificare le possibili reazioni avverse da farmaci. Una RAV si manifesta molto più frequentemente contro farmaci che si prendono continuamente, non contro quelli assunti saltuariamente, anche per dimenticanza.

Se il paziente non ricorda che farmaci assume? In questo caso sono generalmente i familiari a riportare i farmaci su una nota che verrà poi consegnata ai medici. Nel caso in cui il paziente provenga da un'istituzione (casa di riposo), è la stessa che prevede alla compilazione di un foglio con i nomi dei farmaci che deve assumere. Addirittura in reparto o al PS può essere necessario cercare nella borsa del paziente per trovare i farmaci che esso abitualmente assume. Nell'anamnesi, se possibile, sono importanti anche i **dosaggi**, soprattutto perché possono rendere conto delle intossicazioni da farmaci. Ci sono dei pazienti che sbagliano a prenderli. Inoltre si possono verificare casi simili a quelli della Digitale, che ha una ridotta finestra terapeutica, e che quindi può facilmente andare a sovradosaggio, con un'intossicazione che dà come sintomi nausea e vomito.

Bisogna conoscere la terapia in atto, i dosaggi e le modalità di somministrazione. Ad esempio ci sono dei farmaci che vanno presi alla mattina e a digiuno. Come il farmaco usato per la terapia sostitutiva nell'ipotiroidismo (**Eutirox**, che va assunto un'ora prima di colazione), ma anche **Omeoprazolo** che va assunto mezz'ora prima di colazione (un inibitore di pompa protonica – PPI – dello stomaco). (La secrezione acida è stimolata dal rilascio di gastrina in seguito all'assunzione di cibo). Un altro farmaco che deve essere preso a digiuno è il Minitran o anche il **Difosfonato**, che viene assunto da quasi tutte le donne dopo la menopausa, ed è usato per il trattamento dell'osteoporosi. Una volta alla settimana, una volta ogni quindici giorni o una volta al mese, a seconda del farmaco e della concentrazione, deve essere assunto circa un'ora prima di colazione, rimanendo in piedi o da seduti, non si può quindi tornare a dormire (per prevenire gastrite ed esofagite).

Quindi bisogna essere coscienti delle modalità di assunzione.

Indagare le eventuali **intolleranze o allergie a farmaci**. Nella scorsa lezione era stata sottolineata la differenza fra i due fenomeni ed era stato fatto l'esempio di intolleranze ai FANS ed ai mezzi di contrasto o allergie agli antibiotici. Per indicare che entrambi sono assenti bisogna scrivere "non ci sono reazioni avverse da farmaci". Se invece è presente una reazione, ma non si ricorda bene il meccanismo d'azione, intolleranza o allergia, è opportuno scrivere "reazione avversa ad esempio all'aspirina". (E non allergia all'aspirina!)

Rilevare le **terapie pregresse**: questo è fondamentale, soprattutto per chi ha patologie croniche come l'ipertensione arteriosa. Ad esempio sapere se un soggetto ha usato dei farmaci che non hanno funzionato. Questo è importante. Ma bisogna avere la certezza che queste terapie siano state fatte con i dosaggi giusti. Questo è un problema molto frequente. Spesso sbaglia non solo il paziente, ma anche il medico di base.

Per esempio l'utilizzo di farmaci biotecnologici nelle malattie autoimmuni è consentito in seconda battuta se il Metotrexate (che è il farmaco di prima scelta nell'artrite reumatoide o nella spondilite sieronegativa) sia stato usato al dosaggio adeguato di 15 mg/settimana. Se non c'è risposta a questo dosaggio di Metotrexate, questo si può sostituire col farmaco biotecnologico. Se il paziente non ha assunto il corretto dosaggio non possiamo dire che non ha risposto al Metotrexate, ma che il Metotrexate non è stato dato al dosaggio adeguato. Sarà quindi prima necessario cercare di aggiustare il dosaggio del Metotrexate. Questi aspetti dell'anamnesi farmacologica sono molto importanti.

Bisogna inoltre ricordarsi di chiedere se ha fatto uso di farmaci non tradizionali, ad esempio di **fitoterapia**. Le erbe infatti possono interferire con altri farmaci e dare problemi sia a livello epatico che renale.

Ma sono importanti anche alcune abitudini banali, ad esempio l'assunzione abbondante di tè: il tè infatti, oltre ad essere una sostanza eccitante, riduce l'assorbimento di ferro ed è un fattore di rischio per lo sviluppo di anemia sideropenica. Quindi se il paziente ha un'anemia sideropenica, è opportuno considerare se egli beve tanto tè.

Bisogna cercare di capire se la persona è bendisposta ad assumere farmaci, e quindi quale può essere la sua **compliance**. Nelle decisioni terapeutiche bisogna sempre tenere conto se il paziente è attendibile, se vive da solo o in famiglia (e quindi qualcuno può dargli i farmaci). Soprattutto se il soggetto è in età avanzata, è importante semplificare al massimo la terapia. Quindi si può cercare di dare un'unica somministrazione al giorno. E' inutile prescrivere tanti farmaci se poi questi non vengono presi in maniera regolare o in modo anarchico.

E' importante nell'anamnesi farmacologica verificare l'uso di **droghe** o di **tossici**.

DIAGNOSI CLINICA

Alla fine dell'anamnesi, dobbiamo fare delle **ipotesi diagnostiche**, e poi arrivare attraverso le **indagini**, a confermare o meno queste ipotesi, e quindi arrivare alla **diagnosi finale**.

Quindi la diagnosi è data dalla raccolta dei dati clinici, dalla formulazione di ipotesi diagnostiche, dalla prescrizione di esami clinici sia di tipo bioumorale sia strumentale, dalla valutazione dei risultati e la loro compatibilità con i segni e i sintomi che il paziente riferisce e che sono stati rilevati con l'esame obiettivo, in questo modo si può così valutare l'affidabilità della nostra ipotesi e arrivare quindi alla diagnosi definitiva.

La **diagnosi clinica** è la conclusione di una procedura logico-analitica basata sulla probabilità delle evidenze ottenute, attraverso la quale si cerca di unire il complesso dei segni e dei sintomi, la valutazione degli esami strumentali, in modo da ricondurre l'insieme ad una condizione patologica ben definita.

La **cartella clinica**: come l'anamnesi è scritta, per cui all'esame di semeiotica deve essere scritta, non si basa su una relazione verbale. La cartella clinica ha delle implicazioni medico-legali, e su di essa deve essere scritto tutti i giorni quello che succede al paziente. Deve essere ad esempio compilata la scala del dolore, e la terapia che viene adottata per ridurre il dolore. Serve a verificare in seguito se è stata seguita una corretta procedura diagnostica, e se è stata correttamente basata sulle evidenze. Tutto questo ha un **valore legale**, e in un periodo in cui le rivendicazioni medico-legali sono in costante aumento, bisogna prestare particolare attenzione. Ad esempio devono essere spiegati i motivi per cui, alla base dei dati disponibili, vengono prese alcune scelte e non altre. La cartella clinica esprime inoltre la nostra **professionalità**, poiché è letta da altri medici (come il medico di guardia), che valutano l'operato e la capacità di ragionamento e di seguire un metodo.

Cosa ci deve restare impresso?

Se non si guarda, non si vede. È importante **osservare**.

Se non si pensa, non si capisce. Non bisogna procedere senza pensare.

La capacità critica è fondamentale. Se non si ha un occhio critico si pensa sempre che ciò che si fa sia corretto.

Se non ci si pone delle domande, non si hanno risposte. Quindi chiedersi sempre perché in quel momento il paziente ha quella cosa.

Se non si generano delle ipotesi, non si riuscirà ad arrivare ad una diagnosi.

Se non si applica un metodo, quello che si trova è falso fino a quando non viene provato che è vero. Se applichiamo un metodo, quello che si trova è vero, fino a che non viene provato che è falso. Questo è di fondamentale importanza per compilare la cartella clinica.

Non c'è scienza senza metodo. Dobbiamo applicare questo metodo ogni giorno della nostra professione.

Quali sono le **azioni** che si devono mettere in pratica all'esame obiettivo?

1. La prima, la più importante, è **osservare**. Osservare in maniera oggettiva. Non avere pregiudizi. Guardare i dettagli. Importante è il confronto con gli altri, e quindi che il caso clinico venga discusso con gli altri, e che vengano messe insieme le diverse capacità e abilità e specializzazioni.

Durante la fase di osservazione, è opportuno non dedurre formulare anzitempo delle ipotesi. Non avere pregiudizi. Non dare niente per scontato o ovvio. Non dare un peso maggiore ad una cosa rispetto all'altra. Non fare gerarchie. Non tralasciare particolari perché potrebbero essere rilevanti. Non anticipare le conclusioni.

2. Memorizzare e descrivere

In maniera dettagliata ed obiettiva. Non introdurre commenti e distorsioni. Non essere equivoci. Dichiarare se in quel momento non c'erano le condizioni adatte per osservare bene la situazione. La raccolta anamnestica deve consentire di ricostruire i fatti in maniera precisa, anche da parte di un nostro collega.

3. Analizzare e discriminare tra i fenomeni che ho osservato.

4. Quindi interpretare, dare un significato.

Cercare delle relazioni, cioè vedere se alcuni fatti sono correlati tra di loro. Un fatto può avere provocato l'altro. È pertanto necessario cercare relazioni anche lontane. Non vanno escluse a priori relazioni se non chiaramente impossibili. Bisogna guardare con spirito critico le relazioni formali ovvero quelle cause-effetto, non bisogna pensare che siano ovvie perché si potrebbero trarre conclusioni errate.

5. Fermarsi, riconsiderare i fatti e riguardare tutto il quadro nel suo insieme. Primo stop.

Definire i punti certi, quelli incerti e quelli oscuri. Questo è il primo stop, è un processo provvisorio.

Considerare gli aspetti soggettivi del paziente. Come il paziente vive la situazione. Situazioni che noi possiamo giudicare poco importanti o poco gravi possono avere un notevole impatto sul paziente. Bisogna dare un peso provvisorio alle varie situazioni.

6. Dare un gerarchia alle informazioni raccolte.

- secondo un ordine cronologico
- secondo un ordine di importanza
- secondo un ordine logico di causa-effetto
- secondo il vissuto dei pazienti.

7. Fermarsi e riconsiderare la situazione da un punto di vista globale. Secondo stop.

Riconsiderare e dare una visione globale e processata dei fatti.

8. Infine, generare delle ipotesi. Dimostrare che queste ipotesi sono vere o false. Dimostrare che un'ipotesi non può essere vera o non può essere falsa.

I dati disponibili sono sufficienti alla dimostrazione? Quali altri dati potrebbero essere necessari?

9. Dimostrare la veridicità dell'ipotesi che avevo formulato.

Svolgo indagini... l'ipotesi è stata confermata? Oppure ho bisogno di altri dati?

Valutare gli elementi a favore o contro l'ipotesi che avevo formulato. Fare un bilancio.

Ciò che avevamo ipotizzato può essere quindi certo/sicuro - molto probabile - probabile - poco probabile - possibile - improbabile - non possibile. Una diagnosi anche in clinica può essere di "possibile-LES" se non tutti i criteri sono stati soddisfatti. Se i criteri per la piena conferma della nostra ipotesi non sono stati tutti soddisfatti, l'ipotesi non sarà certa, ma ad esempio possibile, improbabile ecc. Un altro esempio può essere verificare una diagnosi di amiloidosi con una colorazione rosso congo su una biopsia di grasso periombelicale.

Infine si arriva alla diagnosi definitiva. Quindi vediamo che il processo diagnostico richiede una logica, delle azioni, un metodo. Vediamo quindi che riverificare le ipotesi è fondamentale.

10. Infine fare una sintesi.

Un chiaro esempio di sintesi può essere l'epicrisi che viene scritta nella lettera di dimissioni di un paziente. L'epicrisi è tutto quello che abbiamo detto fino ad adesso: ipotesi iniziale che poi può essere confermata o meno dagli esami che sono stati fatti. Quindi leggendo l'epicrisi si può comprendere tutto quello che è stato fatto al paziente dall'ingresso in ospedale alla dimissione. Quindi si dovrebbe riuscire con una sintesi ad esprimere qual è stato il nostro procedimento diagnostico.

Le azioni che abbiamo svolto sono fondamentali per poter prendere delle decisioni terapeutiche, ovvero la terapia che poi sarà proposta al paziente.

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Esame obiettivo generale significa osservare il paziente, in piedi, seduto, allettato.

Guardare ad esempio lo **stato di nutrizione**.

Soggetto:

- magro-estremamente magro
- sovrappeso
- obeso.

Si può valutare l'indice di massa corporea **BMI** (peso corporeo in kg diviso l'altezza in metri elevata al quadrato).

Un BMI sopra i 25 è indice di sovrappeso, sopra i 30 è indice di obesità franca. Vi sono diversi gradi di obesità a seconda del BMI.

Tra i 18,5 e i 25 si parla di peso normale.

Oltre al BMI è importante la valutazione della **circonferenza addominale**, in quanto dà un'idea delle possibili complicanze metaboliche che ha il soggetto. Nell'uomo non dovrebbe superare i 94 cm, nelle donne gli 80 cm. Al di sopra di questi valori si dovrebbero prendere dei provvedimenti di tipo fisico o dietetico, atti a diminuire questo valore.

Facies

E' importante quando si guarda un paziente, guardarlo in viso, negli occhi. Il contatto visivo è importante. E valutare quindi la facies. Se la facies è normale si dice composita. Ma ci sono molti tipi di facies, a seconda delle alterazioni dei tessuti molli, del tessuto scheletrico o muscolare, dell'occhio.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 8/10/2013 (1)

Lezione di Semeiotica Medica del 8/10/2013

sbobinatore: Valentina Spigo

Revisore: Laura Galassi

SINDROME DI PICKWICK (esposizione di un compagno):

Condizione clinica descritta da un medico canadese che fa riferimento ad un personaggio letterario, Joe, del Circolo Pickwick, opera di Charles Dickens, ed è la descrizione di quella che oggi definiamo come OHS (Obesity hypoventilation syndrome), cioè sindrome da ipoventilazione dovuta ad obesità, che nella maggiorparte dei casi coincide con l'OSAS, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno. Caratterizzata dalla presenza di irregolarità della ventilazione nel corso del sonno e di ipoventilazione alveolare diurna cronica.

In questi soggetti abbiamo:

PCO2 45 mm/Hb

PO2 70 mm/Hb

C'è probabilmente una componente di tipo centrale, che è dovuta ad una condizione di ipoventilazione, che pare però secondaria rispetto ad una componente che sembra invece attribuibile all'OSAS.

Innanzitutto per fare diagnosi di OSAS è necessario che ci sia non solo una condizione di apnea/ipopnea notturna ma anche di sonnolenza diurna; quindi il soggetto quando è sveglio non ha problemi nella ventilazione perché il tono della muscolatura striata della laringe, della faringe, del palato molle, e dei muscoli coinvolti, è sufficientemente alto quindi le vie aeree rimangono pervie; quando il soggetto dorme, soprattutto nelle fasi più profonde del sonno, il tono muscolare tende a diminuire, quindi, ad un certo punto, le vie aeree si occludono: espira ma non è capace di inspirare per 10 secondi. Si crea una condizione di apnea, quindi assenza della ventilazione completa o ipopnea, quindi diminuzione di almeno il 50% dell'abilità di ventilazione.

Quindi, quello che accade, è che ad un certo punto il soggetto senza accorgersene si sveglia almeno per un breve lasso di tempo. Questo può capitare per un numero di volte che è di norma per fare diagnosi, superiore a 5 per ora nel corso della notte e può compromettere la qualità del sonno. Il soggetto quindi sviluppa una condizione di sonnolenza nel corso della giornata, con deficit di attenzione, dell'abilità di concentrarsi, dell'abilità di memorizzare nozioni e poi anche, in alcuni casi, il soggetto sviluppa degli attacchi abbastanza poco controllabili di sonno che lo fanno crollare con sintomatologia sovrapponibile (infatti bisogna mettere diagnosi differenziale) alla narcolessia, che a differenza, ha un'incidenza 50 volte minore, con un'incidenza dell'1-4 % nella popolazione.

Prof:

Quindi le caratteristiche di questa situazione di narcolessia particolare sono appunto l'obesità esagerata con problemi di tipo disventilatorio, e quindi la comparsa di questa sonnolenza che deriva dalla presenza di apnee notturne con appunto improvvisi attacchi di sonno.

Dalle lezioni nebulose apparentemente inutili fatte precedentemente, passiamo ad aspetti più pratici e che richiedono precisione di linguaggio notevole, che è quella dell'esame obiettivo.

L'ultima volta siamo arrivati all'esame obiettivo generale, parlando di Facies, quindi Facies normale, di un soggetto che si presenta a voi e viene descritta nell'esame obiettivo come **Facies composita**, ma come vedete ci sono diversi tipi di facies a seconda delle alterazioni dei tessuti che appunto vanno a caratterizzare l'espressione del soggetto.

Facies mixedematosa: caratteristica per esempio dell'ipotiroidismo; quindi un soggetto ipotiroideo ha questa facies con lineamenti un po' grossolani caratterizzati da accumulo di lipopolisaccaride e proteine della matrice con accumulo di liquidi con presenza di questo mixedema.

Un mixedema presente anche in altre parti del corpo e quando vedremo appunto la presenza di edemi declivi vedremo che si tratta di edemi non improntabili, a differenza di edemi per esempio di origine cardiaca o di altra origine.

Facies lunaris: caratteristica del morbo di Cushing; terapia corticosteroidica cronica, quindi abbastanza facile vedere pazienti con questa tipologia di facies.

Facies sclerodermica: tipica della sclerodermia, è una facies che è caratterizzata da uno spianamento delle rughe, delle linee naso-labiali, una microstomia (bocca piccola, quindi difficoltà nell'apertura) e microchelia (labbra sottili).

Una facies amimica che un po' tutte le sclerodermiche condividono, un'espressione molto simile e questo è uno dei problemi principali di queste pazienti perché si vedono un po' tutte uguali, vedono il loro fisico soprattutto il viso, cambiare e può essere uno dei problemi principali sia per se stesse per quanto riguarda i problemi di relazione all'interno della famiglia.

Facies mitralica: legata a problemi della valvola mitrale. È una facies caratterizzata da subcianosi a livello delle labbra (colorito cianotico), ci può essere anche un edema del viso. Ci possono poi essere alterazioni scheletriche.

La facies acromegalia è proprio dovuta a tumori ipofisari secernenti Gh, definita anche come facies leonina perché è caratterizzata da una prominente particolare delle arcate orbitarie, quindi i lineamenti del viso diventano molto grossolani.

Facies parkinsoniana: data da alterazioni muscolari caratterizzata da uno spianamento delle rughe, un viso amimico e quindi il soggetto sembra quasi avere ritardo mentale (cosa che ovviamente non è) ma è proprio legato a questo aspetto particolare di incapacità di dare quella mimica al viso.

Facies miastenica: primo segno della miastenia gravis sono l'aptosi palpebrale e l'iperestensione del capo, poiché il soggetto per vedere in avanti tira indietro il capo.

Facies basedowiana: il morbo di Basedow è dato da ipertiroidismo quindi c'è esoftalmo, aspetto di faccia spaventata, con gli occhi sbarrati, le palpebre che rimangono elevate e la difficoltà nel chiuderle con conseguenti infezioni che ci possono essere a livello congiuntivale.

Questa è una facies sclerodermia in cui vedete appunto questa microstomia, lo spiegamento delle pliche e vedremo poi, abbiamo parlato del fenomeno di Raynaud, di questo aspetto delle dita che sono pallide con una cute fibrotica che si chiama sclerodattilia, tipico appunto di questa malattia.

In questo caso vedete una serie di indagini che vengono fatte: in questa situazione è importante

la capillaroscopia che è un'indagine che viene fatta sul letto ungueale, dove rispetto ad un pettine capillaroscopico normale vi è invece, da una parte dei vasi capillari disposti in maniera anarchica, che si ingrossano nel tentativo di portare ossigeno ai tessuti.

Vedete un edema dei tessuti e stravasamento di sangue all'interno dei tessuti, che arriverà poi a completa scomparsa dei capillari stessi a quel processo che viene definito desertificazione;

ECCG, per vedere eventuale coinvolgimento cardiaco;

evitare infezione polmonare mediante la radiografia del torace, per vedere poi alla tac una fibrosi polmonare;

esofagografia con ??? per vedere la presenza di un megaesofago.

Quindi una serie di indagini che voi andate a fare quando sospettate una sclerodermia, per vedere i coinvolgimenti d'organo della malattia.

I coinvolgimenti d'organo sono principalmente: gastroenterico, polmonare, cardiaco e renale.

Tipica poi di questa malattia, lo vedremo poi nelle alterazioni cutanee è la presenza di teleangectasia, sono presenti sia a livello delle mani ma soprattutto sul viso, e la presenza di ulcere cutanee, ulcere digitali.

Che differenza c'è tra teleangectasia e spider nevi?

In quale situazione sono presenti gli spider nevi? Nella cirrosi epatica

Caratteristica?

Si schiaccia l'arteria centrale, scompaiono e poi si rivascolarizza dal centro mentre la teleangectasia non ha questa caratteristica, voi non riuscite a farla sparire perché è proprio un agglomerato anarchico di capillari nel tentativo di rivascolarizzare i tessuti mentre gli spider nevi hanno una condizione fisiopatologica completamente diversa.

Una cosa importante quando vedete il paziente entrare in ambulatorio oppure quando viene ricoverato è valutare la sua capacità di stare in piedi e come deambula.

Si parla dunque di:

astasia: impossibilità a mantenere la stazione eretta;

disbasia: impossibilità nell'aver una deambulazione normale, che può essere dovuto a cause osteoarticolari.

pensate per esempio a persone che per terapia steroidea abbiano un crollo di una vertebra, dipende dalla sede, ma nel caso in cui ci fosse il crollo di una vertebra, il paziente a parte avere un dolore importante, avrebbe anche un'impossibilità a camminare.

Così pure cause neurologiche, pensate ad una marcia atassica, dovuti a problemi di tipo cerebellare o, abbiamo visto prima, il morbo di Parkinson con la marcia parkinsoniana del soggetto che sembra quasi prendere la rincorsa quando cammina, sporgendosi sempre più avanti fino a quando non cade.

O ancora delle marce che siano dovute a problemi di tipo muscolare: pensate alla marcia ?? o alla marcia dei distrofici, che non hanno delle masse sufficienti per ??

Cause psichiche, chiaramente se ci sono situazioni di catonia o isteria, queste possono causare impossibilità a camminare.

DECUBITO

Una definizione importante che troverete anche nelle cartelle cliniche, come una delle prime voci dell'esame obiettivo è il decubito.

Il decubito è fondamentale perché se voi vedete il soggetto muoversi, sedersi, alzarsi ecc. vuol dire che questo soggetto ha un **decubito indifferente**.

Ci può essere un decubito preferito:

antalgico, per esempio, in cui il soggetto preferisce stare coricato da un lato o dall'altro, o avere determinate posizioni, come la posizione a cane di fucile, a seconda delle patologie da cui è affetto.

Questo decubito antalgico che viene assunto nel tentativo di ridurre il dolore può essere supino, prono o laterale.

Laterale ad esempio nei versamenti pleurici, qualora vi sia una pleurite con versamento abbondante, il soggetto tenderà a stare in decubito laterale dalla parte dove c'è versamento per permettere al polmone sano di respirare, e non presentare dispnea.

In caso di pleurite secca, al contrario, decubito dalla parte sana per evitare l'attrito, quindi il dolore legato a sfregamento pleurico.

Vie è quindi un decubito **obbligato**: quando ci sono patologie vertebrali (es schiacciamenti o crolli vertebrali) fratture, addome acuto per cercare di diminuire il dolore, situazione di peritonite; ma soprattutto il decubito ortopnoico che vedete più comunemente in posizione semi seduta, almeno 45 gradi per evitare la dispnea.

Quindi il soggetto è in posizione ortopnoica per respirare meglio perchè è dispnoico, vedremo quante sono le cause di dispnea, per cui il soggetto deve acquisire una posizione di questo tipo.

Vedete poi che ci sono delle posizioni particolari, posizione Blechman nei versamenti pericardici, in cui il soggetto è seduto o semiseduto con il tronco in avanti e le gambe flesse per cercare appunto di respirare al meglio e diminuire il dolore oppure la posizione a cane di fucile in cui ci sono le cosce piegate sull'addome e le gambe sulle cosce, che è tipico delle sindromi meningee oppure in situazioni di peritonite per cercare di diminuire ??

Sensorio

Che non è l'integrità dei 5 sensi, ma il fatto che il soggetto sappia orientarsi nello spazio e nel tempo integro, un soggetto quindi presente e con piena coscienza di se'.

E in questo caso si fanno delle domande banali tipo: dove si trova? che giorno è questo? chi è il presidente della repubblica? dove ci troviamo? e così via..

In questo caso il sensorio è integro però può essere obnubilato o confuso se il soggetto non sa rispondere a tono, e questo può essere dovuto a diversi problemi sia di tipo metabolico che a causa dell'assunzione di sostanze tossiche esogene.

Può essere precomatoso, quindi una situazione in cui il soggetto risponde ancora a stimoli ed ha sprazzi di lucidità.

Infine una situazione francamente comatosa e a seconda dell'integrità della vista, della parola e della reazione a stimoli dolorosi si assegna un punteggio secondo la Glasgow coma scale, che definisce il grado di come in cui si trova il paziente. Tanto più è alto tanto peggiore è la situazione.

CUTE E ANNESSI

Una valutazione importante quando voi guardate un paziente riguarda la cute e gli annessi.

Quindi valutare se ci sono:

- lesioni cutanee;
- se vi sono dei rush cutanei che sono indicativi di una patologia particolare;
- se vi sono variazioni di colore della cute, esempio di ipopigmentazione come la vitiligine, nel morbo di Addison definito anche diabete bronzino, iperpigmentazione caratteristica delle sclerodermiche. Alterazione della pigmentazione ci possono essere in caso di stasi cronica venosa negli arti inferiori, con aree iperpigmentate a livello del terzo inferiore, perimalleolare e piedi legate a stravasi di emoglobina, il cui contenuto di ferro si deposita nei tessuti dando questa pigmentazione scura.
- Presenza di prurito, quindi se ci sono leziosi da grattamento per esempio, e quindi se c'è sovrainfezione in queste sedi.
- Variazioni della distribuzione pilifera: per esempio la lopecia mancanza di peli che interessa la nuca, può essere areate se si tratta di zone rotonde a livello del cuoio capelluto, e acquisisce nomi diversi a seconda che si tratti di una lopecia a livello nucale, laterale temporale , o può essere universale con calvizia completa.

altre situazioni sono per esempio il morbo di Cushing in cui i capelli sono radi e cadono facilmente; terapie antineoplastiche;

terapie con corticosteroidi topici, insieme ad alterazioni cutanee quali l'atrofia ed alterazioni da assottigliamento che prendono il nome di strie rubre, da anche irsutismo. Ci sono terapie che possono dare irsutismo, oltre a quella steroidea, è abbastanza normale per esempio nel corso di terapia con immunosoppressore come la ciclosporina A, che è un farmaco usato inizialmente nel rigetto del trapianto di rene utilizzato anche nella alopecia per stimolare la crescita (pilifera). Quindi il suo effetto collaterale viene utilizzato per casi particolari.

Ci può essere anche, nell'ipotiroidismo la caduta del terzo esterno delle sopracciglia, tipico della patologia.

Oppure patologie genetiche in cui la distribuzione dei peli assume delle caratteristiche diverse da quelle normali, sono la sindrome di Turner (X0) e di Klinefelter (XXY).

Le Unghie

Un'altra caratteristica fondamentale, apparentemente trascurabile, sono le modificazioni delle unghie.

Importante osservare le unghie perchè possono raccontare per esempio carenze alimentari, situazione della circolazione periferica, infezioni come onicomicosi.

Possono essere molto fragili, sclerodermiche, con deficit di irrorazione e ossigenazione tissutale;

unghie a vetrino d'orologio, bombate, che si hanno nell'ipocreatismo tissutale tipiche di un'insufficienza respiratoria cronica tipo nella BPCO, enfisema, asma cronica con dita ipocratiche a bacchetta di tamburo.

Unghie che si tagliano a metà nell'ipalbuminemia, o delle unghie concave come in situazioni di anemia.

Un soggetto con un'artrite (di che tipologia di artrite si tratta?), osservando le unghie si può notare un'oncopia psoriasica che indica la presenza di artrite psoriasica.

Quindi è utile osservare questi annessi cutanei, chiaramente se questi sono normali sul vostro esame obiettivo scriverete normalmente distribuiti secondo sesso ed età, altrimenti vanno annotate le alterazioni di cui abbiamo parlato

Naturalmente, se sono presenti delle alterazioni cutanee, oppure dei rash, è importante sapere:

- quando sono cominciate;
- se ci sono state delle modificazioni caratteristiche durante il tempo;
- quali possono i sintomi associati, tipo il prurito;
- se sono stati assunti dei farmaci come orticaria acuta o ponfi diffusi e può essere dovuta all'assunzione di antibiotici o FANS;
- anamnesi occupazionali, il soggetto presenta lesioni eczematose solo a livello delle mani magari utilizza guanti in lattice tutto il tempo (dermatite da contatto).

Perché è importante il tempo di insorgenza? Perché alcune lesioni se durano più di un determinato periodo assumono la definizione di croniche, per esempio l'orticaria se dura più di 6 settimane è cronica e vede una patogenesi diversa, solitamente di tipo autoimmune, rispetto all'orticaria acuta.

Se è associato il prurito: ci sono due tipi di orticaria che non si presenta con prurito tipica dell'angioedema ereditario dovuto ad un deficit di C1 inibitore, in cui c'è orticaria e angioedema ed è tipicamente senza prurito.

L'altra situazione è presente nell'orticaria vasculitica caratterizzata da vasculite sottostante, in cui non c'è prurito, dura per più di 24h e soprattutto lasciano una cute discromica, ipocromia cutanea.

Pertanto insorgenza, modificazioni dei sintomi nel tempo e sintomi associati sono molto importanti per caratterizzare queste lesioni cutanee

Qui vediamo lesioni di tipo coagulativo: petecchie ed ecchimosi. Che cosa intendiamo?

Le petecchie, come la porpora, hanno origine associata a deficit piastrinici, si distinguono in base alle dimensioni, mentre le **ecchimosi** hanno dimensioni anche molto estese e sono stravasi nei tessuti che non vengono raccolti, come nel caso dell'ematoma, generalmente legato a deficit di fattori della coagulazione.

La differenza tra petecchie e porpora è dovuta alla differenza nelle dimensioni.

Le petecchie sono quindi delle piccole macchie emorragiche, di dimensioni inferiori ai 2/3 mm, invece la porpora ha dimensioni maggiori. Tenete presente che la porpora è caratterizzata anche da un insieme di petecchie e lesioni di dimensioni maggiori.

Quindi è importante distinguere bene queste caratteristiche che ci possono suggerire anche la genesi della porpora, causata oltre che dal deficit piastrinico, la porpora trombocitopenica di origine autoimmune.

Domanda: L'ecchimosi non può essere traumatica?

Risposta: certo, in questo momento stiamo parlando di manifestazioni spontanee.

Domanda: La differenza con l'ematoma è la sede?

Risposta: no, la differenza con l'ematoma è proprio che l'ematoma è una calotta di sangue, circondato nel tempo anche da una capsula fibrosa per essere circoscritto. Talvolta l'ematoma deve essere inciso, per togliere tutti i coaguli che ci sono. Oppure si può organizzare nel tempo e dare origine ad una vera formazione cistica.

L'ecchimosi invece è una diffusione emorragica, essendo appunto un trauma, che poi si riassorbe gradualmente diventando da un colorito rosso, a un colorito verde-blauastro, verde-giallastro fino al riassorbimento cosa che con un ematoma è più difficile succeda.

Domanda: come distinguo l'origine? Per esempio tra un'ecchimosi da trauma e una petecchia da Rickettsiae?

La petecchia da Rickettsiae è legata ad una sepsi o ad un'infezione, chiaramente gli esempi sono molteplici.

L'ecchimosi può essere dovuta a trauma o essere spontanea, in questo caso allora si cerca il deficit di coagulazione, nel caso opposto è appunto dato da trauma.

Quindi a parte le cause che possono essere svariate, importante è non confondere i nomi delle manifestazioni cutanee.

Non si andrà mai ad incidere un'ecchimosi mentre è possibile che si vada ad incidere un ematoma.

Cute ed annessi

Ricordiamo che ci sono delle lesioni, tipo la **crosta** che può essere tipica di alcune patologie quali la psoriasi, caratterizzata da croste e soprattutto da squame, quindi da strati superficiali della cute che desquamano, come la forfora.

La crosta invece può essere data da un trauma, ma anche dopo lesioni di tipo infettivo come l'impetigine. Dopo che uno si è grattato, si è procurato un'infezione e compare questa situazione di ipercheratinizzazione e raccolta di materiale purulento e sangue.

Poi le malattie bollose, quindi è importante quando voi osservate un paziente vedere se presenta delle vescicole o delle bolle.

La **vescicola** è piccola, inferiore a 1 cm, ha contenuto limpido, sieroso, tipico è l'infezione da herpes simplex o zoster, oppure la varicella, tra le malattie infettive, o ancora si può accompagnare per esempio ad una patologia celiaca, e prende il nome di dermatite erpetiforme, proprio perché sono tutte vescicole raggruppate che ricordano lesioni di tipo erpetico.

La **bolla** invece è di dimensioni più grandi, tipica del pemfigo, quindi una malattia bollosa, autoimmune, caratterizzata da queste bolle alcune volte anche molto pruriginose.

La bolla può comparire in una situazione traumatica come l'ustione, ma anche in una situazione particolare di reazione avversa a farmaci con forme più o meno gravi pericolose per la vita del paziente: la sindrome di Stevens Johns, caratterizzata da bolle

diffuse e mucosite importante, la sindrome di Lyell è una forma ancora più grave di reazione avversa a farmaci in cui le bolle possono essere molto estese e portare ad una perdita di liquidi fatale, tanto che i pz vengono poi trattati nei centri d'ustione poiché hanno caratteristiche molto simili.

Diversa è la **pustola** perché ha un contenuto di tipo purulento come per esempio nell'acne. La pustola può verificarsi dove c'è un bulbo pilifero quindi caratterizzare la cosiddetta follicolite.

Ci sono patologie particolari in cui ci può essere una follicolite, come per esempio nel morbo di Behcet che per criteri diagnostici ha anche la follicolite, ma questa a livello cutaneo e mucosale presenta anche un'altra caratteristica fondamentale diagnostica ed è l'afiosi bipolare, quindi la presenza di ulcere, di afte a livello della mucosa orale e a livello dei genitali esterni, sia nell'uomo che nella donna.

Una follicolite è anche tipica di chi assume cortisone, soprattutto ad alte dosi. Quindi la presenza di follicoli e pustole può appunto essere caratteristica della terapia steroidea cronica.

Vediamo poi una serie di altre lesioni in particolare l'**ascesso** che può provocare febbre e dolore e deve essere inciso, ed è un accumulo di materiale purulento, solitamente a sede profonda e talora si può vedere questa superficie giallastra o talvolta non si vede nulla e quindi deve essere inciso.

Il foruncolo è tipico dell'acne giovanile sempre un'inflammatione che porta necrosi del follicolo pilifero.

Il favo che è dato dall'unione di più foruncoli insieme.

La sclerodermia da presenza di ulcere o presenza di erosioni soprattutto a livello delle mucose e dei genitali.

L'escoriazione, quando un paziente ha un trauma, come riferito precedentemente, con eliminazione degli strati superficiali dell'epidermide.

Atrofia: per esempio assottigliamento in seguito a terapia corticosteroidica cronica ma ci possono essere una serie di situazioni patologiche caratterizzate da un assottigliamento della cute.

Sclerosi: esempio nella sclerodermia, data da una fibrosi della cute che porta a non poter più plicare la cute, quindi perdita di elasticità.

Milio: situazione simile nella disidrosi, dita e palmo delle mani si riempiono di bollicine, che poi desquamano e danno prurito, abbastanza tipico di soggetti che sono predisposti a problemi di tipo allergico. Il Milio si verifica a livello delle ghiandole, soprattutto nel cavo ascellare, utilizzando deodorante che chiude i dotti delle ghiandole sudoripare, e quindi si formano una serie di accumuli di sostanza sierosa che si può infettare, possono essere anche di una certa dimensione e provocare dolore e richiedere terapia antibiotica o essere incisa.

Però diciamo se c'è un accumulo di sudore quindi liquido su parte delle ghiandole sudoripare che hanno chiusa l'estremità superiore comporta una piccola escrescenza dovuta alla raccolta di questo sudore che non fuoriesce. Abbastanza frequente durante l'estate.

Cheloide: compare in sede di ferita chirurgica, è dato da una cicatrizzazione esagerata, proliferazione fibroblastica che porta alla formazione di una cicatrice rilevata, estesa, che dal punto di vista estetico appare poco gradevole e quindi successivamente si interviene chirurgicamente per asportare questa cicatrice ipertrofica.

Pomfo: elemento costitutivo dell'orticaria, quindi vedete che è un'edema dell'area superficiale della cute come succede per esempio nelle punture d'api.

Nodulo: si approfonda nell'ipoderma, dolente, tipico di una patologia particolare espressione di molteplici malattie: l'eritema nodoso, solitamente su pazienti di sesso femminile, giovani, presentano lesioni cutanee eritematose, dolenti, estese qualche cm a livello delle gambe (tibia). Espressione di diverse situazioni di tipo infettivo, ormonale, autoimmune, malattie granulomatose croniche, per cui necessita di un'attenta valutazione per trovarne la causa.

Cosa importante che va valutata sono le variazioni di colore:

generalizzata, esempio nell'ittero;

localizzata se ci sono delle alterazioni vascolari o se c'è una flogosi che sia localizzata.

Ispezione di capelli e peli:

ipotiroidismo

ipertiroidismo

alopecia

irsutismo

Letto ungueale:

linee di Beau

bande di Mees

unghie di Lindsay

coilonichia a cucchiaino
clubbing ippocratismo digitale

Cavo orale:

Arcate dentarie:

denti parzialmente o totalmente sostituiti da protesi;

colorito particolare causato per esempio da tetracicline;

alitosi: dato da problemi digestivi, una scarsa igiene orale o infezioni;

presenza di masse: sospetto per neoplasie del cavo;

ulcere o afte: dovute a infezione erpetica, aftosi bipolare nel caso del Behcet, celiachia, morbo di Crohn, LES;

sanguinamento: scorbutico carenza di vitamina C, gengivoraggia, deficit di fattore VIII che da patologia di Von Willebrand.

Alitosi

Colpisce il 50% dei soggetti, e nella maggior parte dei casi è dovuto a problemi del cavo orale: gengivite, igiene non adeguata. 10% dei casi può essere dato da una patologia delle cavità nasali, flora batterica putrefattiva, protesi, capsule, infezioni del cavo orale, micosi,

diabete che favorisce problemi di tipo infettivo, in senso generale ma anche in bocca in modo particolare; * nel bambino per esempio, che ha chetoacidosi diabetica, ha un alito particolare definito alito mela marcia, caratteristico di questa situazione.

Cirrosi epatica scompensata da fetor hepaticus;

insufficienza renale, il soggetto uremico in fase terminale può avere un caratteristico alito uremico.

Ispezione della lingua

Per valutare il grado di umidificazione, soprattutto nei pazienti anziani in periodo estivo, è importante andare a toccare la lingua perché può essere segno di disidratazione oltre alla cute secca e ipoelastica.

- Vedere la sporgenza per vedere se è normosportata oppure deviata, indicativo di un problema cerebrale, a carico del SNC.
- Vedere se ci sono anomalie nelle dimensioni, es acromegalia presenta una macroglossia, una lingua molto grossa, tipica anche di alcune reazioni allergiche con angioedema di labbra e lingua con problemi respiratori.
- Valutare l'epitelizzazione, per lingue disepitelizzate date da carenze alimentari tipica della sindrome sideropenia oppure tipica di deficit di vitamina B12.
- Valutare il colorito e la presenza di una colorazione biancastra, rossa, o a fragola ecc. può suggerire alcune malattie di tipo infettivo.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 14/10/2013 (1)

Lezione di semeiotica medica e chirurgica 14/10/2013

Professore: Lunardi Claudio

Sbobinatore: Valentina Schiavone

Revisore: Flora Fiducia

CAPO

Per quanto riguarda il capo, generalmente se la forma è normale il capo è **mesomorfo**; può avere delle forme particolari come nel caso dell'idrocefalo con il capo notevolmente aumentato di volume. Oppure nel rachitismo può avere una conformazione alterata che può essere "a grata". Però diciamo che normalmente quello che scriveremmo appunto è capo mesomorfo.

BULBI OCULARI

Per quanto riguarda poi i bulbi oculari, quelli che vanno riportati sono i movimenti oculari e poi la sporgenza dei bulbi oculari.

Quindi normalmente sono **normosporti ed in asse**.

Esistono alterazioni che coinvolgono la sporgenza e l'asse dei bulbi oculari. Alterazioni della sporgenza sono ad esempio nel caso di esoftalmo legato, per esempio, all'ipertiroidismo. Condizioni che presentano esoftalmo, soprattutto monolaterale: un tumore nel tessuto retro-orbitario può dare esoftalmo monolaterale; oppure ci può essere un enoftalmo (il contrario di esoftalmo), che può essere anche questo apparente nel caso in cui ci sia una ptosi palpebrale. La ptosi palpebrale si può avere nell'astenia, nel caso in cui sia bilaterale; nel caso in cui sia monolaterale una paralisi del facciale periferico, oppure nella sindrome di Claude Bernard-Horner. che è parte della sindrome di Pancoast, un tumore dell'apice polmonare che infiltra il simpatico cervicale e, fra gli altri

segni, da anche una ptosi palpebrale che può dare un esoftalmo di tipo apparente. Un enoftalmo reale invece? Una studentessa risponde: con l'età e l'anzianità c'è un consumo del tessuto grasso retro-oculare e possibilità di enoftalmo. Il professore dice che questa condizione si può avere negli stati cachettici, quando c'è un riassorbimento del grasso retro-orbitario, oppure nei casi di disidratazione importanti (come si verifica spesso nei soggetti anziani). Quali potrebbero essere le alterazioni dell'asse dei bulbi oculari? Lo strabismo (difetto congenito dell'asse) oppure nel caso di ictus dove lo sguardo guarda verso l'esterno ed in alto, di solito si dice che guarda la lesione. Quindi ci possono essere delle alterazioni sia della sporgenza che dell'asse. Dopo di che si analizzano le pupille. Le pupille possono essere **isocoriche** ed **isocicliche**. Isocoriche significa che hanno lo stesso diametro mentre isocicliche che hanno circonferenza normale. Possono non essere né isocoriche né isocicliche. Condizione di anisocoria o anisociclia: un trauma cranico può dare delle alterazioni oppure lesioni del nervo ottico [la spiegazione dello studente non si sente bene]. Anisocicliche quando ci sono per esempio degli esiti di infiammazioni; ci sono una serie di malattie autoimmuni caratterizzate ad esempio da uveiti ricorrenti o irido-ciclitici. Abbiamo parlato dell'**aftosi bipolare del Behçet**, nel Behçet di solito c'è anche una irido-ciclite o uveite ricorrente e questo può dare delle aderenze, delle sinechie, e dare origine a delle pupille per esempio ellittiche piuttosto che a trifoglio. Chiaramente queste pupille non sono né isocoriche né isocicliche.

Vediamo che dobbiamo valutare la reazione delle pupille alla luce e all'accomodazione. La reazione pupillare alla luce si verifica prendendo una pila e vedendo se c'è una reazione di **miosi**. Situazioni in cui la pupilla è **midriatica**: utilizzo di sostanze stupefacenti o allucinogene. Oppure ci può essere una marcata sinergia per cui generalmente se voi mettete una luce sull'occhio destro o sinistro contemporaneamente avete miiosi anche dall'altra parte; c'è una miiosi bilaterale. Non si verifica questa situazione in caso di tumori a livello del nucleo pre-tettale come, per esempio, in malattie granulomatose come la sifilide terziaria in cui c'è un coinvolgimento del SNC; quella è una zona in cui può esserci un granuloma e quindi manca il riflesso consensuale contro-laterale alla luce. Ma ci possono essere alterazioni di tipo congenito in cui c'è un alterato adeguamento della pupilla alla luce o al buio. Voi chiaramente se volete guidare di notte dovete essere in grado di avere un riflesso pupillare adeguato così come se entrate in una stanza buia o luminosa nel passaggio dovete avere subito un riflesso di miiosi/midriasi. Ed è quello che si verifica in una condizione particolare definita pupilla tonica di Adie, che è caratterizzata da un ritardo nel raggiungere la miiosi o la midriasi per cui un soggetto, per esempio al tramonto, non riesce più a guidare la macchina oppure se passa da una zona luminosa ad una zona semi-buia non vede nulla perché ci vuole diverso tempo perché la pupilla reagisca. Non si conosce bene quale sia il motivo, è un problema di tipo neurovegetativo, presumibilmente di tipo degenerativo e non c'è neanche una terapia adeguata tutto sommato. All'accomodazione quando voi fate vedere un punto lontano o un oggetto al paziente e poi gli fate guardare da vicino una penna oppure ad esempio il vostro dito, c'è un riflesso di tipo miotico. Se voi fate tutte queste manovre e trovate che non ci sono alterazioni, sul vostro esame obiettivo scriverete pupille isocoriche, isocicliche, normoreagenti alla luce e all'accomodazione.

COLORE DELLE LABBRA

Abbiamo già toccato più volte quel che riguarda il colore delle labbra: La **sub-cianosi, il pallore** che si va a vedere anche a livello della mucosa congiuntivale della palpebra inferiore nel caso di anemie. Le teleangectasie, che possono essere tipiche della malattia sclerodermica, per esempio, ma c'è anche una malattia genetica che è caratterizzata dalla presenza di teleangectasie e che è caratterizzata oltre che da questo anche da un'immunodeficienza importante che si chiama **atassia-teleangectasia**, perché appunto è caratterizzata da una marcia atassica, da un'immunodeficienza importante e dalla comparsa di teleangectasie. Un'altra malattia genetica è la malattia di Rei W. Osler che è caratterizzata da teleangectasie diffuse al volto, alle mani, oltre che agli organi interni e può dare delle emorragie importanti. Le pigmentazioni ovviamente possono essere legate a diversi motivi: possono essere lesioni ipo-pigmentate, come nel caso della vitiligine, o iper-pigmentate come nella sclerodermia.

RIMA ORALE

A proposito della rima orale abbiamo già definito la **microstomia** e la **microcheilia**, che è tipica della sclerodermia. Ma vediamo anche che la rima orale normale che è **simmetrica** ma può essere **deviata** nel caso di una paralisi periferica del facciale (la deviazione della rima orale sarà verso il lato sano, perché dall'altra parte c'è il tono muscolare che sarà dato dall'infiammazione). Può essere deviata anche se c'è un'emi-sindrome. Quello che voi dovrete scrivere è, se non ci sono problemi, rima orale simmetrica.

TEMPERATURA

Un aspetto importante da rilevare giornalmente insieme ai parametri vitali è la temperatura corporea che può essere leggermente diversa a seconda delle sedi dove viene rilevata. Tenete presente che generalmente nel bambino si misura la temperatura rettale che è generalmente mezzo grado centigrado superiore a quella ascellare o inguinale. Ci possono essere variazioni fisiologiche della temperatura corporea a seconda dell'attività muscolare; se uno fa intensa attività di palestra o una partita a calcio e poi si misura la temperatura corporea può avere una temperatura un pò più elevata di quella che è normalmente. Oppure se ci sono dei processi metabolici alterati come nel caso dell'ipertiroidismo con aumento della temperatura corporea. Nel sesso femminile, chiaramente, la temperatura varia a seconda del ciclo mestruale: nel periodo ovulatorio c'è un lieve aumento della temperatura corporea e questo è uno dei metodi anticoncezionali naturali che viene applicato. Quindi ci sono delle variazioni fisiologiche della temperatura che vanno ricordate ma quello che ci interessa riconoscere sono i vari tipi di febbre.

Vediamo che la **febbre o iperpiressia** può essere dovuta a problemi legati al deficit di meccanismi periferici di termoregolazione (quindi quello che è un colpo di calore, se uno va nel deserto e ha una dispersione di calore con sudorazione elevata). Ci può essere un'eccessiva produzione di calore come in alcune condizioni come nel tetano per le contratture muscolari. Ci possono essere alterazioni dei centri termoregolatori ipotalamici (come nei traumi, nelle encefaliti e nelle emorragie). Oppure, ovviamente,

quello che ci interessa più frequentemente, quando ci sono stimoli endogeni che portano in seguito ad un'infezione ad alterare i centri termoregolatori come la liberazione di citochine pro-infiammatorie che possono portare alla comparsa di febbre. Allora, a seconda dell'esordio della febbre, avremmo anche dei sintomi diversi e anche a seconda della scomparsa della febbre avremmo dei sintomi diversi. Per cui se c'è una febbre che aumenta lentamente, il paziente riferirà un senso di calore, mentre se l'esordio è brusco ci sarà una febbre, con si dice, con brividi scuotenti e successivamente senso di calore, soprattutto se c'è l'assunzione di un antipiretico, e sudorazione profusa. Vediamo che possiamo avere delle febbri continue, se le variazioni sono inferiori a un grado e chiaramente sempre sopra i 37 gradi. Delle febbri remittenti, se le variazioni sono superiori a un grado ma sempre superiori ai 37 gradi o intermittenti in cui c'è variazione superiore a 1 grado e la temperatura che scende al di sotto dei 37. Generalmente queste febbri che poi possono anche unirsi fra loro (remittente-intermittente) sono abbastanza tipiche delle febbri di tipo settico. La sepsi è caratterizzata da febbre remittente- intermittente. E qui abbiamo una rappresentazione schematica di come sono queste febbri. Nella continua la febbre rimane sempre elevata con scarse variazioni nell'arco della giornata. Una febbre remittente in cui abbiamo delle variazioni superiori a un grado ma sempre superiore ai 37°C. L'intermittente superiore a un grado e poi scende sotto i 37°C e generalmente ricompare con brivido scuotente perché sale molto in fretta. Questo è il momento per eseguire l'emocoltura per individuare il germe responsabile della sepsi. Generalmente servono 2-3 prelievi a distanza di 15-20 minuti l'uno dall'altro. Ci sono delle febbri particolari. Una febbre ricorrente in cui la febbre può anche mancare per un giorno e poi ritornare; quindi le escursioni non sono nell'arco della stessa giornata. Una febbre di tipo terzanario o terziario in cui vedete che la febbre compare ogni terzo o ogni quarto giorno ed è tipico della febbre malarica. Un altro tipo di febbre che non è riportato è quella ondulante, presente in caso di brucellosi. La febbre ondulante sale gradualmente nell'arco di qualche giorno, rimane elevata e poi ridiscende gradualmente. Un'altra situazione di febbre ondulante oltre alla brucellosi è nel caso dei linfomi di Hodgkin (una malattia ematologica). Abbiamo poi quella che definiamo febbricola che è tipica di diverse situazioni sia di tipo ematologiche che di tipo autoimmune come nel LES (lupus eritematoso sistemico) oppure in altre malattie infettive come nella TBC (tubercolosi). Si può parlare di febbricola fino ai 38 °C. Ci può essere anche una febbre detta sistemica caratterizzata, oltre che dalla presenza di febbricola, anche da puntate elevate fino a 39-40 °C e che è tipica di malattie sistemiche; vi ho citato prima il LES ma alcune vasculiti, per esempio, sono caratterizzate da questo tipo di febbre, malattie ematologiche, tumori. Febbri che compaiono all'improvviso e che possono durare per 3/4 giorni di tipo continuo possono essere tipiche, insieme con altri sintomi, delle malattie cosiddette auto-infiammatorie. Patologie caratteristiche di questo gruppo sono la febbre mediterranea familiare e le TRAPS, febbri dovute a mutazioni a carico dei recettori del TNF, che danno febbri periodiche ed eccessi febbrili con manifestazione di altro tipo che poi vedremo. La mutazione è a carico del gene NEF, che codifica per una proteina che è detta **marenostrina o pirina**. Poi ci sono altre mutazioni a carico delle **criopirine**, quindi quelle sono le criopirinopatie che sono più complesse. Quindi è importante descrivere nel nostro esame obiettivo se è presente febbre o meno e chiaramente il tipo di febbre che il paziente riferisce di aver avuto. Nella pratica clinica e nel linguaggio corrente il termine ipertermia e iperpiressia sono equivalenti. Iperpiressia significa febbre, ipertermia sono quelle situazioni come l'ipotermia quando c'è un'esposizione ad agenti esterni. Generalmente ipotermia è l'esposizione a freddo per molto tempo. Ipertermia è per esempio nei colpi di calore, o quando c'è un deficit di sudorazione e di dispersione di calore quindi si va incontro ad ipertermia. Altre caratteristiche come la risoluzione della febbre che può essere per crisi, quindi c'è una brusca caduta della febbre come quando si dà un antipiretico (tachipirina, paracetamolo), c'è una brusca caduta con sudorazioni. Oppure per lisi quando c'è una risoluzione molto lenta e qui di solito non c'è questa sudorazione e calore importante. Ci possono essere dei sintomi di accompagnamento come la sudorazione notturna abbastanza tipica di linfomi. La tachicardia si accompagna sempre a febbre perché c'è un aumento dei battiti a seconda dei gradi di temperatura; per cui se voi sapete grosso modo la frequenza basale di un soggetto e non avete un termometro a portata di mano vedete che arriva a 100/110 vi rendete conto della febbre che ha. Oppure nei bambini la febbre elevata è importante per i genitori perché di solito si può accompagnare o a crisi epilettiche vere e proprie o a delirio, che però può essere presente anche negli adulti con crisi deliranti. Parlavamo di ipotermia. Quindi assideramento se il soggetto rimane esposto a basse temperature per un lungo periodo. Ad un certo punto si può arrivare al cosiddetto algidismo, caratterizzato da un pallore cutaneo importante, cute fredda e collasso cardio-circolatorio con insufficienza multi-organo. Ci può essere una ipotermia distrettuale quando voi avete un'occlusione embolica o trombotica ad un arto inferiore o a livello della gamba. In questo caso avrete un piede pallido, freddo, che poi diventa cianotico. Quando si fanno delle procedure invasive, come la coronarografia in cui di solito risalgono dall'arteria femorale, una cosa che si fa sempre è controllare la temperatura dell'arto omolaterale per vedere che sia caldo al termotatto. Si tocca la gamba o il piede per vedere se è caldo, se è freddo ci si deve allarmare. Una situazione diversa è l'acrocianosi in cui c'è questo colorito cianotico delle estremità, che ha una genesi diversa e che non ha una stagionalità del fenomeno di Raynaud. Generalmente chi ha il fenomeno di Raynaud d'estate sta bene, mentre in questo periodo comincia a manifestarsi con attacchi sempre più frequenti e più gravi. Invece l'acrocianosi non risente di queste differenze stagionali, c'è sia in primavera che in estate. Appunto il meccanismo è completamente diverso.

LINFONODI

Passiamo adesso ai linfonodi. Partiamo dai linfonodi del capo-collo superficiali. Vediamo i pre- auricolari (al davanti del trago), i retro- auricolari (quindi dietro l'orecchio), i mentonieri (sotto al mento), verso l'angolo della mandibola con i sottomandibolari. I laterocervicali anteriori al rachide e allo sternocleidomastoideo, dove c'è il fascio nervo-vascolare. Poi i nucali e laterocervicali posteriori, che sono dietro lo sternocleidomastoideo e al davanti del trapezio. Quindi i sovraclaveari nella fossetta sovraclaveare. Se voi volete fare una palpazione più profonda dovete far girare il capo dall'altra parte in modo tale da rilassare la muscolatura e palpare più profondamente. Quindi queste sono le stazioni linfonodali del capo-collo. Quindi abbiamo i linfonodi ascellari ed epitrocleari, gli inguinali ed i poplitei. Per gli ascellari la mano va messa a piatto, si risale nel cavo ascellare con il palmo della mano rivolto verso il torace, si sale e si scende lungo le costole e si sette se sotto le dita scorrono dei linfonodi. Se voi avete palpato tutte queste stazioni linfonodali e non avete trovato linfonodi direi che in condizione normali dire che non sono palpabili è un pò un'esagerazione, perché se voi prendete un ciclista o un calciatore molto frequentemente presenta dei linfonodi inguinali palpabili. Così come un tennista può avere dei linfonodi ascellari palpabili. Piccoli linfonodi sottomandibolari palpabili possono

essere l'esito d'infezioni faringo-tonsillari ricorrenti. Quindi diciamo che dei piccoli linfonodi (inferiori a 1 cm) possono essere palpabili anche in condizioni fisiologiche. Ma ammettiamo che voi non ne sentiate sul vostro esame obiettivo scrivete **non sono palpabili linfonodi nelle comuni stazioni di reperi superficiali**. Potete anche palpare piccoli linfonodi in maniera un po' diffusa nelle varie stazioni linfonodali senza che questo sia indicativo di patologia. Quindi scriverete micropoladenia diffusa. Che vuol dire che palpate dei piccoli linfonodi in varie stazioni linfonodali. Ci sono però delle situazioni in cui palpare un linfonodo può essere indicativo di una patologia ben definita.

[Il professore proietta le immagini dei linfonodi e delle varie sedi linfonodali]

Ci sono delle situazioni particolari in cui palpare linfonodi di dimensioni superiori a 1,5 cm può essere indicativo di patologia. Qui sono riportati tre esempi: uno abbastanza raro di linfonodo epitrocleare, possibili in malattie granulomatose come la sarcoidosi. Però vedete che un linfonodo sopraclaveare non è mai una cosa che ci faccia stare tranquilli, perché un linfonodo sopraclaveare, per esempio in questo caso di carcinoma gastrico (segno di Troisier) ma possono essere presenti in caso di carcinoma dell'apice polmonare o di carcinoma ovarico. Quindi sentire dei linfonodi in sede sopraclaveare, a parte condizioni ematologiche come nel caso del linfoma, può essere indicativo di problemi di questo tipo. Vediamo linfonodi inguinali molto evidenti come si può avere nel linfoma di Hodgkin; in questo caso c'è anche un epatosplenomegalia ma è una cosa che vedremo più avanti.

Quando voi palpate un linfonodo dovete anche definirlo; poniamo che al vostro collega avessi palpato un linfonodo in regione sopraclaveare destra, avrei dovuto descrivere le dimensioni (esempio circa 2 cm), di consistenza parenchimatosa (che vuol dire di consistenza normale), però può avere anche una consistenza dura, duro-elastica, lignea, diminuita (molliccia) dovuta per esempio ad una colliquazione del linfonodo. Normalmente la consistenza è parenchimatosa. Nel caso di infiltrazione neoplastica sarà dura o duro- lignea o lignea. Nel caso di una colliquazione questa potrebbe essere di tipo batterico da gram + oppure più in particolare una colliquazione in corso di malattia tubercolare in quella che viene definita scrofula e questa necrosi caseosa può fistolizzare all'esterno e lasciare uscire all'esterno questa sostanza caseosa tipo formaggio (si dice caseosa da "caseum" in latino). È Forma rotondeggiante, ovalare, irregolare. Di solito un linfonodo ha forma ovalare. Se acquisisce una forma rotondeggiante può essere suggestivo di una crescita di tipo neoplastico. Una forma ovalare consente una maggiore proliferazione con una minore superficie di esposizione. Una forma irregolare pure in una crescita neoplastica. La superficie è generalmente liscia ma può essere nodulare. Da notare anche i rapporti con i tessuti circostanti: generalmente dovete scrivere mobile, non adeso ai piani superficiali e profondi. Il fatto che sia adeso anche quello è un segno prognostico negativo.

Lo stato della cute sovrastante. E' chiaro che se c'è una cute eritematosa o arrossata è segno di un flogosi presente, altrimenti se la cute è normale c'è assenza di flogosi. Se sono dolenti o dolorabili. Se il soggetto dice che quel linfonodo fa male, nel caso per esempio di un ascesso dentario. Oppure "ho questo linfonodo, mi sono accorto del linfonodo ma non mi fa male". Quindi dolente o non dolente. Dolorabile, se voi risvegliate il dolore alla palpazione. Quindi, vedete che quando voi riportate la presenza di un linfonodo sul vostro esame obiettivo dovete riportare tutte queste caratteristiche: quindi, presenta un linfonodo in regione sottomandibolare destra, di dimensione di circa 2 cm, di consistenza parenchimatosa, di forma ovalare, superficie liscia, non adesa a piani superficiali e profondi, cute sovrastante normale, non dolente e non dolorabile. Queste caratteristiche vanno riportate perché possono suggerire un qualcosa. E quindi il paziente di solito quando sente un qualche linfonodo si spaventa subito. E quindi voi potete già dall'esame obiettivo dire al paziente che può stare tranquillo oppure dire al paziente di fare un esame come un ecografia con una discreta urgenza. In secondo luogo il linfonodo può cambiare. Quando lo vedete adesso o quando lo vedete in ambulatorio la prossima volta, da quando è in corso di ricovero o quando consegnate il paziente a un vostro collega.

TORACE

Le manovre semeiologiche forniscono, nel caso del torace, dei dati diretti, con l'osservazione, indiretti, con l'auscultazione e la percussione. I dati che voi rilevate vanno analizzati, rilevati in modo tecnicamente corretto, interpretati e correlati con altri sintomi, segni o manifestazioni. Come per l'esame obiettivo dell'addome, dobbiamo ispezionare il torace, passare dalla palpazione e dalla percussione, quindi il tatto, e dall'udito con la percussione e l'auscultazione. Quindi questi sono i quattro punti che in questo caso per il torace devono essere fatti con sicurezza cosa che non è così per l'addome (la sequenza sarà diversa, per lo meno in alcuni casi). Per quanto riguarda l'**ispezione** guarderemo il torace del paziente e andremo a valutare se ci sono alterazioni cutanee (ad esempio nevi, noduli, spider nevi nella parte superiore del torace, se ci sono cicatrici, se ci sono delle alterazioni degli annessi cutanei), valuteremo i muscoli e quindi se il soggetto usa i muscoli accessori nella respirazione, vedremo anche il tipo di respiro. Valuteremo poi la colonna, se ci sono delle alterazioni della colonna importanti e anche causa della dispnea. Le alterazioni della colonna possono essere la scoliosi, la cifosi, la lordosi. Se descrivete una scoliosi bisogna dire a che livello è e se è destra o sinistra, quindi sarà una scoliosi a carico dorsale, dorso-lombare, lombare. Ma ci possono essere anche altre alterazioni della colonna come dei crolli vertebrali (che però aumentano la lordosi o la cifosi, dipende da dove sono), ma c'è un'altra situazione che interessa la colonna e le articolazioni vertebro-costali, che può dare dispnea, rettilineizzazione della colonna con difficoltà ad espandere il torace ed è la **spondilite anchilosante** con la colonna "a canna di bambù" perché c'è la calcificazione di legamenti. Per quanto riguarda le coste ci possono essere delle alterazioni costali come delle fratture costali dopo incidente o delle fratture patologiche per coinvolgimento neoplastico; il rachitismo (deficit di vitamina D che può dare delle alterazioni alle coste chiamate "a corona di rosario"). Ci possono essere alterazioni dello sterno, ad esempio questo può essere **caretrato** (solitamente dovuto a problemi di rachitismo, "a carena di nave" o come il petto degli uccelli, esposto verso l'esterno) o il petto **escavato** che un tempo veniva chiamato anche "del ciabattino" o "del calzolaio" perché un tempo i calzolari usavano un attrezzo di ferro che si metteva contro il torace dando l'escavazione, ma può essere anche una deformazione dalla nascita che può dare problemi cardio-polmonari. Allora all'ispezione dovete valutare tutte queste cose che abbiamo detto; dovete osservare il paziente in posizione seduta, a busto eretto, sia anteriormente che posteriormente, che lateralmente. Dovete osservarlo sia nella statica che nella dinamica, quindi valutare anche gli atti respiratori. Osservare la conformazione complessiva del torace, quindi le strutture muscolari del torace e del collo. Perché la conformazione complessiva? Prima un vostro collega parlava del **torace a botte** quando il diametro antero-posteriore è uguale o addirittura superiore al diametro latero-laterale come nell'enfisema e nella BPCO. Ma vi possono essere delle alterazioni anche di altro genere: per esempio, dopo pneumonectomia o un tempo, quando si faceva la toraco-

plastica, nell'empima pleurico da malattia tubercolare si toglievano le costole e quindi la conformazione del torace era completamente alterata. Normalmente nel vostro esame obiettivo scriverete conformazione **tronco-conica**. Oppure appunto a botte e poi vi sono altre alterazioni importanti. Quindi, sempre parte di questa descrizione del torace, è anche la valutazione della **facies**. Se vi ricordate avevamo parlato di facies mitralica, quando avevamo parlato delle facies in generale. E chiaramente se il paziente è dispnoico, voi lo vedete anche guardandolo in faccia perché vedete, oltre al colore della cute e delle labbra a cui abbiamo già accennato, ma le pinne nasali saranno dilatate per cercare di respirare il più possibile. L'espressione del volto può essere talora angosciata, di chi ha fame di aria o ha la sensazione di morte imminente. Vedere appunto se respira con la bocca aperta nel tentativo di assumere più ossigeno possibile. Vedere il tipo di respiro: se è **sibilante**, come c'è quando faremo i tumori polmonari, nell'asma bronchiale o nella BPCO, oppure **stridente** e questo fa pensare ad un problema della alte vie respiratorie come un problema di tipo laringeo. Come in un edema della laringe che può dare questo respiro di tipo stridente, uno stridore dovuto proprio appunto ad una stenosi delle vie aeree superiori. Il **decubito**, quindi la posizione del paziente e delle braccia. Vedere i muscoli ausiliari del respiro, vedere i muscoli accessori del collo, vedere gli spazi intercostali, quindi se c'è una retrazione e quindi l'utilizzare tutti i muscoli accessori della respirazione. E quindi valutare, appunto ne abbiamo già parlato, il diametro e la forma della colonna e l'orientamento delle costole. Ma vanno valutate anche le mani. Quindi come vedremo quando faremo anche l'esame obiettivo del cuore, non è che si vada solo a vedere il cuore, si valutano anche una serie di altri aspetti che sono correlati. Quindi le **mani**, dicevamo, sono importanti per la valutazione della sub-cianosi. Oppure per la valutazione di questo ippocratismo digitale, delle dita a "bacchette di tamburo" e le unghie a "vetrino di orologio". Vediamo che questo è associato ad una serie di patologie tra cui gli shunt artero-venosi, malattie polmonari croniche, tumori toracici, fibrosi epatiche. Per la forma della gabbia abbiamo detto di valutare se ci sono delle masse, l'aumento del diametro antero-posteriore, l'atteggiamento in inspirio (tipico appunto del torace a botte), petto carenato o escavato, alterazioni della colonna. Asimmetrie statiche e dinamiche, ridotta espansione del torace (quando c'è per esempio un versamento pleurico oppure una atelettasia polmonare, quindi una ridotta espansione di un emitorace; oppure ancora uno pneumotorace). Quindi per il dolore un respiro molto superficiale. Valutare le alterazioni delle parti mobili e alterazioni dei muscoli accessori. Queste sono tutte cose che noi andiamo a valutare con l'ispezione. Questo appunto è un esempio di torace a botte, di cifosi, di petto carenato o escavato.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 15/10/2013 (1)

LEZIONE DI SEMEIOTICA MEDICA

Martedì 15 ottobre 2013

Sbobinatrice: Marina Scappi

Revisore: Federico Famà

PUNTI E LINEE DI REPERE

Esistono diversi punti di repere nel torace.

Un punto importante è dato dall' **articolazione tra manubrio e corpo dello sterno (angolo di Louis)**; partendo da essa e spostandosi lateralmente a livello dei due emicostati si arriva al secondo spazio intercostale, che serve per definire una serie di margini:

- 2) angolo epato-cardiaco;
- 3) polo superiore della milza;
- 4) spostandosi lateralmente si trovano i focolai di auscultazione della base cardiaca (sulla linea margino-sternale): a destra il focolaio aortico e a sinistra il focolaio polmonare.

LINEE DI REPERE ANTERIORI

- 1) linea medio-sternale (a metà sterno) che si continua con la linea xifo-pubica;
- 2) linea margino-sternale (circa un paio di cm all'esterno della medio-sternale, ai margini dello sterno);
- 3) linea parasternale (circa un paio di cm all'esterno della margino-sternale);
- 4) linea ascellare anteriore (passa per la piega ascellare anteriore e tocca l'inserzione omerale del muscolo grande pettorale);
- 5) linea emiclaveare (a metà clavicola, 1 cm all'interno della linea mammillare- linea che passa per i capezzoli).

LINEE DI REPERE POSTERIORI

- 1) linea angolo-scapolare;
- 2) linea paravertebrale (un paio di cm lateralmente alla linea vertebrale);

- 3) linea vertebrale o spinale (*passa per i processi spinosi delle vertebre, in particolare è definita dal processo di C7- vertebra prominente- fino ai processi delle vertebre lombari*);
- 4) linea ascellare posteriore (passa per la piega ascellare posteriore).

Alcune linee sono importanti per valutare la dolorabilità alla pressione e si trovano in prossimità dell'emergenza dei nervi intercostali a livello degli spazi intercostali; comprendono:

- 1) linea margino-sternale;
- 2) linea ascellare media;
- 3) linea paravertebrale.

In corrispondenza di tali linee si trovano i cosiddetti **Punti di Valleix**, che sono dolenti alla pressione in presenza di nevralgia intercostale.

Esistono altri punti che, se premuti, danno dolorabilità e risultano utili per la diagnosi di **Sindrome fibromialgica**. Si parla di **Fibromialgia** se risultano **dolenti 12 su 18 punti (trigger points)**.

Esiste anche la linea ascellare media (origina dal centro del cavo ascellare), utile per valutare i versamenti pleurici e per delimitare il polo superiore della milza con la percussione.

PALPAZIONE

Serve principalmente per valutare le aree di dolorabilità, la simmetria delle escursioni respiratorie e il fremito vocale tattile.

RICERCA DEI PUNTI DOLOROSI

Premere su:

- 1) apofisi spinose delle vertebre: rilevano alterazioni vertebrali, ad es. crolli vertebrali, sostituzioni con tessuto metastatico che al tatto causano dolore;
- 2) sterno: per rilevare lesioni infiammatorie, ad es. erosioni;
- 3) coste e articolazioni condrosterionali: lesioni costali sono frequenti dopo un trauma toracico.

FREMITO VOCALE TATTILE (FVT)

La palpazione si ottiene appoggiando il palmo della mano sul torace procedendo in modo simmetrico sui due lati dalle scapole allargandosi fino alle basi polmonari e facendo pronunciare al pz una parola ricca di consonanti (*es. trentatré; in condizioni normali il fremito generato dall'emissione della parola risulta chiaramente percepibile al tatto finché non si superano inferiormente le basi polmonari*).

Permette di valutare:

- 1) pervietà bronchiale;
- 2) condizioni che aumentano o diminuiscono la pervietà.

Si verifica l'eventuale presenza di:

- 1) versamento pleurico;
- 2) atelectasia;
- 3) broncopolmonite.

Il FVT sarà:

- 1) diminuito o assente se c'è versamento pleurico;
- 2) udibile nel pneumotorace;
- 3) in area di atelectasia variabile a seconda delle condizioni: a) a bronco pervio sarà aumentato, b) a bronco ostruito sarà diminuito;
- 4) aumentato nell'addensamento parenchimale (infiammazione o neoplasia) a bronchi pervi;
- 5) di difficile percezione in pz obesi;
- 6) diminuito in caso di enfisema;
- 7) diminuito in un caso di fibrotorace.

POSIZIONE per VALUTARE L'ESPANSIONE delle BASI

Una volta giunti alle basi polmonari si passa dall'eseguire la palpazione usando il palmo della mano al procedere con il lato ulnare della stessa: la delimitazione delle basi è però più precisa con la percussione.

PERCUSSIONE

Si appoggia un dito sul torace (*in genere il medio, dito plessimetro*) e lo si percuote con lo stesso dito dell'altra mano in posizione a martelletto (*dito plessore*); *l'operazione va eseguita in modo simmetrico dall'alto verso il basso spostandosi medio-lateralmente*. In condizioni normali si ottiene un **suono plessico chiaro polmonare normotrasmeso** su tutto l'ambito.

AREA degli APICI POLMONARI

Si inizia la percussione partendo anteriormente in corrispondenza della fossa sovraclaveare sul margine anteriore del trapezio. Si inizia medialmente e si procede lateralmente: si sentirà un **suono ottuso o di coscia** (cosiddetto poiché si evoca percuotendo la coscia) che poi diventa **plessico polmonare chiaro** (area delle bretelle di Kroenig) e poi torna nuovamente **ottuso**.

DELIMITAZIONE DELLE BASI POLMONARI

Il suono diventa da **chiaro plessico polmonare** a **ottuso**.

A questo punto si valuta se le basi sono mobili. Come? Si fa fare un inspirio profondo al pz continuando a percuotere fino a quando il suono da **ottuso** diventa **plessico chiaro polmonare**, poi si fa espirare e da suono chiaro diventa di nuovo **ottuso**.

A quale livello sono situate le basi?

Le basi sono mobili e delimitabili a livello di T9-T10.

Per valutarle bisogna iniziare dal processo spinoso di C7 (vertebra prominente), contando i processi spinosi dall'alto verso il basso sino a T9-T10.

La delimitazione delle basi richiede:

- 1) valutazione della mobilità (continuando a percuotere per tutta la durata dell'inspirio- espirio);
- 2) escursione delle basi.

1. la delimitazione delle basi polmonari e l'escursione delle basi polmonari sono due aspetti diversi.

La valutazione dell'escursione prevede una misurazione in cm e serve a valutare di quanto le basi si abbassano nell'inspirio. Si fa respirare il pz, poi gli si fa trattenere il respiro e si valuta di quanti cm il suono da ottuso diventa chiaro polmonare.

SUONI POLMONARI

- 1) **suono chiaro plessico polmonare**, corrisponde al suono di un parenchima sano **normale**;
- 2) **suono iperfonetico**, si ha in **enfisema polmonare** e **pneumotorace**;
- 3) **suono timpanico**, si ha in **pneumotorace**, **bolla gastrica** (tipico suono timpanico), **livello addominale**;
- 4) **suono ipofonetico**, diminuisce il suono chiaro plessico polmonare, ad es. nell' **addensamento**;
- 5) **suono ottuso o di coscia**, nel **versamento pleurico massivo**, quando si delimita il **polo superiore del fegato**.

PARETE POSTERIORE/ LATERALE

Si va a valutare:

- 1) escursione del diaframma (mobilità delle basi);
- 2) versamenti pleurici (si possono delimitare);
- 3) zone di addensamento parenchimale (si delimita la zona).

PARETE ANTERIORE

Si possono valutare:

- 1) margine superiore del fegato (dal secondo spazio intercostale lungo l'emiclaveare): il suono plessico chiaro polmonare diventerà un suono di ottusità relativa e poi di ottusità assoluta;
- 2) margine superiore della milza (si valuta su ascellare posteriore e ascellare media);
- 3) aia cardiaca (è di difficile determinazione).

PROBLEMI NELLA PERCUSSIONE

- 1) ridotta collaborazione del pz, es. difficoltà ad assumere la posizione corretta se si è di fronte ad un decubito laterale;
- 2) spessore eccessivo della parete;
- 3) suono plessico difficoltoso (obesi);
- 4) addensamenti profondi (situazioni particolarmente difficili);
- 5) versamenti piccoli;
- 6) nodulazioni diffuse.

Esempi:

- 1) versamento pleurico: suono ottuso;
- 2) focolaio broncopneumonico: suono ottuso;
- 3) area atelectasica: suono ottuso per minor presenza di aria;
- 4) pneumotorace: suono iperfonetico.

VERSAMENTI PLEURICI: assumono posizioni particolari a secondo che ci sia la presenza di un **essudato** o di un **trasudato**, la percussione risulterà diversa a secondo delle tipologie.

Differenze e proprietà di 1) essudato 2) trasudato 3) prova di Rivalta.

AUSCULTAZIONE

Rappresenta una fase molto importante. Con il fonendoscopio si possono auscultare:

- 1) trachea (soffio tracheale- rumore aspro a frequenza elevata);
- 2) bronchi principali (soffio bronchiale tubulare);
- 3) periferia anteriore/posteriore (murmure vescicolare- MV- rumore che fa l'aria quando entra in periferia a livello degli alveoli; è un suono fruscante, dolce, normale nel torace sano).

In condizioni normali si parla di **murmure vescicolare normotrasMESSO su tutto l'ambito polmonare.**

POSIZIONE DEL PAZIENTE

La posizione del pz: seduto con le braccia appoggiate sulle cosce; in questa posizione si eseguono: 1) auscultazione; 2) percussione.

Insegnare al pz a respirare nel modo corretto: 1) respirare profondamente; 2) con la bocca aperta.

L'auscultazione va eseguita in modo simmetrico! Non si deve saltare da un lato all'altro a caso! I livelli di auscultazione sono ad intervalli di 3-4 cm.

RUMORI NORMALI

- 1) **murmure vescicolare;**
- 2) **broncovescicolare** (anteriormente);
- 3) **bronchiale o tracheale** (trachea sul giugulo).

RUMORI PATOLOGICI AGGIUNTI

Monolaterali o bilaterali.

- 1) **Rumori Secchi:**
ronchi;
fischi;
gemiti;
sfregamenti pleurici.

- 2) **Rumori Umidi:**
rantoli (a grosse, medie e piccole bolle);
crepitii (rumore tipo velcro, sono i rantoli a piccole bolle).

Questi **rumori patologici** si possono presentare insieme dando luogo al **concerto respiratorio** formato da un insieme di **rumori umidi e secchi** in certi tipi di patologie.

CREPITII

Sono **rantoli a piccole bolle, crepitanti** (nella fase finale dell'inspirio, unilaterali o bilaterali- flogosi delle vie aeree).

1. crepitio (tipo velcro);

1. **crepitii bilaterali medio-basali** si hanno nello **scompenso cardiaco** in cui il liquido trasudatizio si accumula a livello alveolare e gli alveoli collabiti per il trasudato nell'inspirio profondo si staccano facendo il tipico rumore;

1. **crepitii monolaterali** si hanno nella **broncopolmonite**.

Nella **broncopolmonite** ci sono 3 fasi principali (un tempo era più facile trovarle, oggi con l'uso degli antibiotici è più difficile anche se in alcuni casi si può trovare ancora questo andamento):

1) infiammazione iniziale; 2) epatizzazione; 3) riassorbimento.

Si possono rilevare crepitii nella fase iniziale e in quella finale.

Inizio: *crepitatio indux*; epatizzazione: silenzio respiratorio; risoluzione: *crepitatio redux*.

RANTOLI

I rantoli possono essere:

1) **rantoli a medie bolle** (es. nei fumatori, scompaiono con la tosse);
2) **rantoli a grosse bolle** (causati dal passaggio attraverso le vie aeree).

I rantoli sono rumori grossolani, gorgoglii delle grosse vie aeree.

RONCHI

Sono rumori secchi (inspiratori ed espiratori), es. accumulo di muco nel broncospasmo.

SIBILI o FISCHI

Nei bronchi piccoli (tipici in fumatori, bronchite), sono dovuti al broncospasmo, sono intensi nella fase espiratoria. Se presenti nell'asma bronchiale sono bilaterali.

Es: ristagno di muco; motivi organici (patologici).

Nello **sfregamento pleurico** il rumore è secco, è presente sia nell'espirazione che nell'inspirazione ugualmente; è un rumore inconfondibile.

RILIEVI POLMONARI NORMALI NELL'ESAME OBIETTIVO

1) espansione delle basi e degli apici (simmetria);
2) suono chiaro plessico polmonare su tutto l'ambito;
3) FVT normotrasMESSO;
4) assenza di rumori patologici aggiunti;
5) MV normotrasMESSO su tutto l'ambito.

VERSAMENTO PLEURICO

Distinguere se si tratta di un versamento con trasudato o essudato.

- 1) espansione toracica: diminuita;
- 2) suono plessico: ottuso;
- 3) MV: assente o ridotto;
- 4) FVT: assente o ridotto;
- 5) no rumori patologici aggiunti.

Si valuta di che tipo è: trasudato o essudato?

Il trasudato si dispone orizzontalmente.

L'essudato, ricco di proteine e cellule, sale in alto per capillarità seguendo una linea convessa, in alto va dalla linea margino-sternale fino alla linea ascellare media secondo la linea di Damoiseau-Ellis.

EMOTORACE

EMPIEMA PLEURICO TUBERCOLARE

CHILOTORACE

Versamento di linfa (liquido chiloso).

PNEUMOTORACE

- 1) espansione toracica: diminuita;
 - 2) suono plessico: timpanico o iperfonetico;
 - 3) MV: assente o ridotto;
 - 4) FVT: assente o ridotto;
 - 5) no rumori patologici aggiunti;
- Possono anche essere presenti: dispnea, cianosi, dolore a "pugnata".

ADDENSAMENTO POLMONARE DEI LOBI SUPERIORI

- 1) espansione del torace: ridotta;
- 2) suono plessico: ottuso;
- 3) MV: bronchiale;
- 4) FVT: aumentato;
- 5) rumori patologici aggiunti: crepitii.

COLLASSO DEI LOBI INFERIORI

Paragone tra:

- 1) BRONCHI PERVI;
- 2) BRONCHI CHIUSI.

In entrambi i casi l'espansione toracica è ridotta e il suono è ottuso alla percussione.

A bronchi pervi MV è bronchiale, FVT è aumentato e si sentono crepitii.

A bronchi ostruiti MV e FVT sono assenti o ridotti e non si riscontrano rumori patologici.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 21/10/2013 (1)

Lezione di Semeiotica Medica e Chirurgica

Professore: Lunardi Claudio

Sbobinatore: Marta Sartori

Revisore: Depaoli Alessandro

Combinando i reperti dell'esame obiettivo del torace si possono delineare diversi quadri di patologia.

Nel caso di un **addensamento polmonare a bronco pervio** si osserva:

1. aumento del fremito vocale tattile (FVT)
2. ipofonesi alla percussione
3. generalmente assenza di murmure vescicolare (MV)
4. presenza di soffio bronchiale, che può essere aumentato
5. possibile presenza di rumori patologici aggiunti (crepitii)

Nel caso di un **addensamento polmonare a bronco chiuso** si osserva:

1. diminuzione del FVT
2. ipofonesi alla percussione
3. assenza di MV
4. assenza o diminuzione del soffio bronchiale
5. possibile presenza di rumori patologici aggiunti umidi, tranne nel caso sia presente un'epatizzazione

Nel caso di un **versamento pleurico** si osserva:

1. diminuzione del FVT
2. ipofonesi alla percussione
3. assenza di MV
4. diminuzione del soffio bronchiale per la presenza di liquido tra il parenchima e la gabbia toracica
5. assenza di rumori patologici aggiunti

Nel caso di **pneumotorace** si osserva:

1. assenza di FVT, se la quantità di aria è importante, con retrazione polmonare a livello dell'ilo
2. iperfonesi alla percussione
3. assenza di MV
4. assenza di soffio bronchiale
5. assenza di rumori patologici aggiunti

Nel caso di un **enfisema** si osserva:

1. diminuzione del FVT
2. iperfonesi alla percussione
3. diminuzione del MV
4. diminuzione del soffio bronchiale
5. solitamente assenza di rumori patologici aggiunti

Nel caso di **asma bronchiale**, in soggetti sottoposti a trattamento (se i pazienti sono dispnoici è difficile effettuare la misurazione), si osserva:

1. FVT normale o diminuito
2. suono plessico normale o ipofoneticò
3. diminuzione del MV (*il professore lo definisce "rumore aspro"*)
4. soffio bronchiale normale
5. presenza di rumori patologici aggiunti, generalmente espiratori (fischii, sibili e gemiti)

Nel caso di **bronchite cronica** si osserva:

1. FVT generalmente normale
2. suono plessico generalmente normale
3. MV generalmente normale
4. soffio bronchiale generalmente normale
5. presenza di rumori patologici sia umidi che secchi, a seconda della situazione:
 1. sibili nel caso di secrezione di muco con restringimento dei bronchi
 2. rumori umidi da presenza di secrezioni a livello dell'albero bronchiale

Se sono presenti piú situazioni concomitanti, si assiste alla presenza di rumori patologici aggiunti sia secchi che umidi, che danno origine al cosiddetto **concerto respiratorio**.

I **sintomi delle malattie polmonari** sono:

- tosse
- espettorazione
- emottisi
- dispnea
- respiro sibilante
- cianosi
- dolore toracico
- stridore in inspirio, in presenza di stenosi di un bronco principale
- modificazione della voce a causa di:
 - flogosi
 - presenza di una neoformazione a livello delle corde vocali
 - lesione del nervo laringeo ricorrente superiore (in questo caso la voce acquista un timbro particolare, definito "bitonale", a causa della paralisi di una delle corde vocali)
- problemi a livello di stasi periferica

TOSSE

La tosse è un sintomo molto frequente e generalmente rappresenta una risposta riflessa a un'irritazione dell'albero bronchiale, in qualsiasi punto del tratto respiratorio (dalla trachea fino ai bronchioli distali).

Può essere distinta in base a diverse caratteristiche:

- secca o umida: se si presenta con espettorato è umida; se è secca generalmente è anche stizzosa, ovvero molto frequente;
- frequenza: può presentarsi principalmente nel giorno o nella notte, può essere rara, frequente o continua (come nel caso della pertosse o a seguito dell'assunzione di ACE inibitori, che provocano una tosse secca, stizzosa e continua);
- regolarità: può essere irregolare (ad es. può presentarsi quando il soggetto entra in un ambiente nel quale sono presenti sostanze irritative come il fumo o a seguito di una compressione del bronco o della trachea), può essere parossistica (accessi di tosse a seguito dell'ingestione di un corpo estraneo o cibo nel tentativo di espellerlo, fenomeno molto frequente nel bambino e nell'anziano);
- tonalità: nella pertosse si può avere una tosse con tonalità molto alta (tosse canina); in soggetti con particolari problemi muscolari o neurologici si assiste a una tosse con tonalità bassa (tosse non efficace);
- qualità: timbro della tosse.

Al momento dell'anamnesi, al fine di valutare la regolarità della tosse, è indispensabile chiedere al paziente se la tosse è prevalentemente notturna (sintomo frequente nel reflusso gastro-esofageo), se compare quando il soggetto è disteso o in piedi, e soprattutto chiedere se il soggetto fuma o ha recentemente smesso di fumare (nei pazienti che hanno smesso di fumare persiste per qualche mese una tosse produttiva, ricca di catarro).

A tipi di tosse diversi possiamo associare cause diverse:

1. si ha una **tosse secca** a seguito di allergie, di malattie interstiziali polmonari (es. fibrosi) o di infezioni virali; inoltre si può avere una tosse secca e stizzosa quando la mucosa è molto secca (es. sindrome di Sjögren);
2. si ha una **tosse cronica e produttiva** nelle bronchiectasie (tosse ricca di espettorato), nella bronchite cronica, a seguito di ascessi, nella TBC (dove si può assistere alla presenza molto abbondante di materiale caseoso nel caso in cui una caverna si apra nel bronco);
3. una **tosse sibilante** si ha nel caso di asma, broncospasmo o allergie, che in generale provocano bronco-costrizione;
4. una **tosse mattutina** generalmente è dovuta a fumo o a bronchite cronica;
5. una **tosse notturna** è tipica nel reflusso gastro-esofageo, oppure a seguito di rinite con gocciolamento retro-nasale che causa irritazione tracheo-bronchiale, o quando nell'insufficienza cardiaca congestizia si ha un attacco di asma cardiaco che simula un quadro di asma bronchiale di tipo allergico (tuttavia, al momento dell'auscultazione del torace, sono presenti rumori patologici aggiuntivi umidi bibasali);
6. una **tosse abbaiante** è dovuta a problemi all'epiglottide;
7. una **tosse inadeguata** si ha in seguito a problemi neuromuscolari e compare quando il soggetto beve o mangia.

ESPETTORATO

Può presentarsi come:

1. **emoftoe**, ovvero striato di sangue con bolle d'aria all'interno (emottisi se abbondante);
2. **mucoso**, come nell'asma, nell'enfisema e nella bronchite cronica;
3. **mucopurulento**, nel caso ci sia un'infezione come in alcuni casi di polmonite;
4. **purulento (giallo-verde)**, nel caso di infezione da *Klebsiella pneumoniae*;
5. **purulento (ruggine)**, nel caso di ascessi polmonari o di polmoniti da *Streptococcus pneumoniae*;
6. **maleodorante**;
7. **rosa-schiumoso**, a seguito della rottura di un capillare e quindi perdita di sangue nelle vie aeree;
8. **profuso-incolore**, detto anche broncorrea, si caratterizza per la continua secrezione di espettorato;
9. **granuloso** se si formano dei calcoli dal muco molto denso, come può avvenire nella fibrosi cistica (si assiste alla presenza di un espettorato di colore diverso a seconda dei diversi germi infettanti).

Nelle bronchiectasie si raccoglie espettorato (purulento, abbondante e maleodorante) e si eseguono una serie di indagini che sono: la coltura dell'escreato, la ricerca diretta di batteri alcol-acido resistenti e si effettua una PCR al fine di distinguere la possibile presenza del DNA batterico.

(il professore ha chiesto che indagini si eseguono sull'espettorato agli studenti)

Un'importante patologia polmonare è l'enfisema sottocutaneo a causa post-traumatica; in tale patologia c'è passaggio d'aria che comporta la presenza di quest'ultima nel sottocute: a seguito di una pressione si sente come un crepitio (l'aria si sposta sotto le dita).

FREQUENZA DEGLI ATTI RESPIRATORI

Nelle patologie a interessamento polmonare è importante rilevare la frequenza degli atti respiratori del paziente, valutare se il respiro è ritmico o ha caratteristiche particolari, valutare la profondità e la durata dell'inspirazione e dell'espirazione ed eventuali rumori associati.

In un adulto normale sono presenti 12-14 atti respiratori al minuto.

Le alterazioni visibili del respiro sono:

1. **Tachipnea** (es. 28 atti respiratori/min): sensibile aumento degli atti respiratori, il respiro è veloce e superficiale (*si distingue dalla polipnea, che definisce un respiro -fisiologico o patologico- di frequenza superiore alla norma atto a compensare un'insufficiente ossigenazione del sangue NdR*);
2. **Bradipnea**;

3. **Ortopnea:** il soggetto manifesta una grave dispnea in posizione distesa ed è quindi obbligato a dormire in una posizione seduta o semi-sdraiata;
4. **Apnea transitoria, periodica** che si rivela in tre tipi di respiro:
 - respiro di Biot
 - respiro di Cheyne-Stokes
 - respiro Kussmaul

Il **respiro di Biot** è un respiro irregolare con lunghi periodi di apnea ed è presente a seguito di un danno al centro respiratorio, a seguito di depressione farmacologica o dopo anestesia. Presente anche nelle meningiti.

Il **respiro di Cheyne-Stokes** è un respiro irregolare con aumento e diminuzione di frequenza e profondità alternati ad apnea; si ha in seguito a depressione farmacologica, danno cerebrale o insufficienza cardiaca. Si riscontra in pazienti quasi sempre terminali con problemi a livello cardiocircolatorio; è presente negli stati comatosi. È caratterizzato da una ridotta sensibilità del centro del respiro alla $p\text{CO}_2$; durante la fase apnoica, la $p\text{O}_2$ cala e aumenta $p\text{CO}_2$, questa stimola il centro del respiro che risponde con iperventilazione e ipocapnia a cui fa seguito un'apnea.

Il **respiro di Kussmaul** è un respiro tipico dell'acidosi metabolica, veloce e profondo alternato ad apnea. (polipnea, tachipnea alternato all'apnea).

APNEA

Esiste una sindrome da apnea notturna: durante il sonno la $p\text{CO}_2$ può abbassarsi transitoriamente al di sotto della soglia richiesta per stimolare la generazione del ritmo respiratorio; si verifica più spesso all'inizio del sonno e può produrre un respiro simile al respiro di Cheyne-Stokes.

Se frequente può esitare in una sindrome da ipoventilazione alveolare con ipossia e ipercapnia diurne e causare sonnolenza e scarsa vigilanza.

DISPNEA

La dispnea è il sintomo più importante delle manifestazioni dell'apparato respiratorio e cardiovascolare.

È intesa come un senso di "fame d'aria", correlato a numerose e diverse condizioni patologiche, che può essere presente a riposo oppure durante o dopo uno sforzo fisico (se lo sforzo è intenso, si parla di dispnea fisiologica).

La dispnea può avere origine cardiaca o dall'albero respiratorio bronchiale (fibrosi polmonare) o dal circolo polmonare (a seguito di un'ipertensione arteriosa polmonare).

È possibile classificare i diversi gradi di dispnea secondo i criteri di classificazione NYHA (New York Heart Association), che considera l'impatto della malattia sulla vita quotidiana del soggetto.

- **NYHA I:** il paziente conduce una vita normale, c'è dispnea dopo sforzi fisici molto intensi;
- **NYHA II:** la dispnea è presente dopo sforzi fisici di una certa entità come salire le scale o portare un peso;
- **NYHA III:** la dispnea è presente nelle normali attività quotidiane;
- **NYHA IV:** la dispnea è presente anche a riposo, il paziente necessita di ossigenoterapia continua, si tratta di una situazione grave.

È fondamentale individuare i pazienti prima che arrivino alle classi funzionali di grado più elevato, in modo da poter intervenire subito con la terapia e pertanto prevenire i danni cardiaci e polmonari.

Ci sono diverse condizioni patologiche che causano dispnea:

1. malattie a carico dell'albero respiratorio, che causano ostruzione;
2. malattie a carico del parenchima polmonare;
3. malattie da occlusione dei vasi polmonari;
4. malattie della gabbia toracica e dei muscoli respiratori;
5. malattie cardiache;
6. malattie a carico del SNC;
7. neurosi ansigena, dovuta a stati d'ansia molto importanti, che fa percepire al soggetto una fatica a respirare.

Qui riportati alcuni esempi di condizioni patologiche che possono portare a dispnea (si può notare che, nella gran parte dei casi, si tratta di malattie dell'apparato respiratorio):

- asma
- polmonite
- fibrosi polmonare

- bronchite cronica, enfisema (BPCO)
- versamenti pleurici massivi
- pneumotorace
- edema polmonare
- insufficienza cardiaca
- embolia polmonare
- malattie da occlusione dei vasi
- ipertensione arteriosa polmonare, con problemi al cuore di sinistra o di tipo primitivo
- obesità (es. sindrome di Pickwick)

Un paziente dispnoico si nota per la bocca aperta, una fame d'aria, assume una posizione ortopnoica, presenta cianosi, le pinne nasali aperte, stato di angoscia, eventuale sudorazione e fa uso dei muscoli accessori della respirazione.

A questa si associano i vari tipi di respiro citati prima.

È importante valutare la modalità di esordio della dispnea.

- L'insorgenza può essere **acuta** nell'asma bronchiale, nell'embolia polmonare o nel pneumotorace. Generalmente si accompagna anche ad altre manifestazioni. Nel caso di **asma bronchiale di tipo allergico** saranno presenti anche altre manifestazioni a livello sistemico (rinite, congiuntivite e altre); se si tratta di un'allergia a un aero-allergene compare anche la tosse. È quindi importante chiedere al paziente se soffre di qualche allergia e quindi valutare la stagionalità della comparsa dei sintomi (graminacee, betulle, ecc.). Se si tratta di un'**embolia polmonare**, è indispensabile chiedere al paziente se soffre di dolore alla gamba. Se si tratta di **pneumotorace su soggetto giovane**, è utile chiedere al paziente se ha giocato qualche partita a calcio.
- L'insorgenza può essere **subacuta** e presentarsi gradualmente (il paziente nota un problema negli ultimi giorni a cui fa seguito una fatica a respirare). *Il professore riporta l'esempio di un paziente con edema polmonare che negli ultimi giorni presenta fatica a urinare, urina sempre meno, nota una certa succulenza tibiale, a cui fa seguito, qualche giorno dopo, la fatica a respirare.*
- L'insorgenza è **cronica** nei casi di **BPCO**, di **fibrosi polmonare**, di **neoplasie polmonari** o di **patologie NON polmonari**, come anemia a insorgenza graduale, che dà origine a tachicardia e dispnea. Ci sono pazienti che presentano 4-5 g/dL di Hb, ma non presentano sintomi proprio per questa lenta insorgenza! (Hb: M = 14-16 g/dL, F = 12-14 g/dL)
- Ci può essere un'insorgenza **notturna** (es. reflusso gastro-esofageo).
- Ci può essere un'insorgenza **da sforzo** di origine cardiaca o polmonare.

Le cause principali possono essere dovute a:

- **disturbi del controllo della ventilazione:** lesioni del SNC, acidosi metaboliche, sindrome da apnee notturne o sindromi da iperventilazione;
- **disturbi meccanici della ventilazione:** malattie neurologiche (es. SLA), miastenia gravis, miopatie (es. distrofia muscolare), alterazioni severe della gabbia toracica (es. spondilite anchilosante), pneumotorace e paralisi diaframmatica bilaterale;
- **malattie bronchiali;**
- **malattie polmonari;**
- **ridotta perfusione e ipossia tissutali:** embolia polmonare, vasculite con interessamento polmonare (es. vasculiti ANCA-associate, ossia con presenza di anticorpi contro il citoplasma dei neutrofili; in particolare ce ne sono due associate a problemi polmonari e sono la vasculite di Wegener o granulomatosi con poliangerite, che presenta nodulazioni diffuse, e la vasculite di Churg-Strauss o granulomatosi eosinofila con poliangerite, caratterizzata da un infiltrato eosinofilo), scompenso cardiaco, anemia grave (specie se a esordio acuto in quanto causa dispnea acuta o subacuta; se a esordio lento causa dispnea cronica).

CIANOSI

- La **cianosi centrale** (ridotta saturazione di O₂ nel sangue arterioso) può essere legata a:
 - malattie dell'apparato respiratorio;

- shunt da cardiopatie congenite;
 - fistole artero-venose polmonari;
 - shunt interpolmonari multipli.
- La **cianosi periferica** (aumentata estrazione di ossigeno) è dovuta a:
 - ostruzione venosa con ridotto ritorno;
 - ostruzione arteriosa, ma allora avremo anche un quadro ischemico e quindi colore pallido.
 - La **cianosi da anormalità dell'emoglobina** si ha in alcuni tipi di intossicazione.

EMOTTISI (O EMOFTOE)

Se presente questa manifestazione, dal punto di vista anamnestico, si chiede al paziente se ha subito un trauma recente, se ha osservato calo di peso importante (segno frequente di tumore), se lamenta un dolore toracico superficiale-pleurico (embolia polmonare), se si accompagna a febbre, brividi e tosse (probabile polmonite) o se si accompagna a calo ponderale, febricola, sudorazione e astenia (probabile TBC).

Quindi l'emottisi e l'emoftoe, in base alle manifestazioni associate, ci possono far pensare a un quadro ben definito di patologia. Le cavità tubercolari possono erodere i vasi e quindi portare a emottisi. Tali cavità si trovano prevalentemente a livello degli apici polmonari, zona dove c'è maggiore tensione di O₂ e si localizzano prevalentemente i micobatteri.

Il Prof. chiede di andare a vedere la differenza tra complesso primario e complesso secondario nella TBC.

All'esame obiettivo:

1. Se ci sono **sfregamenti pleurici**, l'emottisi si potrebbe avere a seguito di embolia o infarto con interessamento della pleura.
2. Se si sente un importante **soffio diastolico mitralico**, la causa potrebbe essere una stenosi mitralica (soprattutto se in presenza di *facies mitralica*).
3. Ci possono essere segni di **ipertensione polmonare** che può essere primitiva, secondaria (es. a patologie autoimmuni) o idiopatica (per valutare l'ipertensione polmonare si effettua un ecocardiogramma con color Doppler; possiamo parlare di ipertensione polmonare se la pressione media al cateterismo destro è maggiore di 25 mmHg o se la pressione arteriosa polmonare sistolica all'ecocardiogramma è tra i 35-40 mmHg).
4. Se ci sono **angiomi cutanei** può trattarsi della malattia di Rendu-Osler, che presenta sanguinamento cutaneo, talora associato a sanguinamento anche polmonare e/o gastroenterico.
5. Le coagulopatie possono essere causa di emottisi.
6. Alcuni pazienti sottoposti a terapia anticoagulante (es. Coumadin) possono determinare emottisi.

È importante conoscere la distinzione tra emottisi ed ematemesi. Il sangue dell'**ematemesi** proviene dalle vie digestive a seguito di lesioni esofago-gastro-duodenali; è rosso vivo se proviene dalle prime vie digestive, rosso scuro se proviene dallo stomaco, rosso nerastro se proviene dalle basse vie digestive (il colore dipende da quanto rimane nello stomaco a contatto con l'acido cloridrico); l'ematemesi si accompagna sempre a vomito, il contenuto non è schiumoso e presenta pH acido.

Nell'**emottisi** sono visibili macrofagi al microscopio, l'espettorato ha un pH neutro o basico e ha un aspetto schiumoso.

È quindi necessario valutare se ci sono stati **traumi** o se ci sono stati **processi infiammatori e infettivi** (un'emottisi di color cioccolato è caratteristica dell'ascenso amebico). L'emottisi potrebbe essere il primo segno di una **neoplasia** polmonare o di un angioma polmonare. Valutare la presenza di particolari **malattie autoimmuni**, come la granulomatosi di Wegener (granulomatosi con poliangerite), la sindrome di Goodpasture (che presenta anticorpi contro la membrana basale polmonare e renale), poliarterite nodosa.

Ci sono poi altre situazioni particolari che causano emottisi:

- l'endometriosi, dove del tessuto ectopico può trovarsi a livello polmonare (quindi l'emottisi compare ciclicamente con il ciclo mestruale);
- la fibrosi cistica, caratterizzata da infezioni ricorrenti seguite da lesioni a carico dei capillari polmonari;
- l'amiloidosi polmonare (es. amiloidosi di tipo AL, causata dal mieloma multiplo, o di tipo AA, causata da patologie infiammatorie e autoimmuni).

Nell'approccio a un paziente con emottisi, oltre a fare l'anamnesi e l'esame obiettivo, che ci dirigono già verso una diagnosi, si richiederanno:

- radiografia del torace

- broncoscopia (il liquido di lavaggio del bronco sarà sottoposto a esame colturale, per la ricerca del BK e per un esame citologico)
- TAC
- angiografia
- scintigrafia perfusoria (permette di visualizzare gli scambi di O₂, utile per escludere l'embolia polmonare -in particolare da tromboembolismo cronico- come causa di emottisi)

Inoltre devo valutare altri quadri come la funzione renale, il quadro ematologico e la coagulazione.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 22/10/2013 (1)

Lezione di Semeiotica medica del 22/10/2013

Sbobinatore: Giovanni Zancan

Revisore: Giorgia De Conti

Riprende alcune definizioni dalla lezione precedente:

Tachipnea è un aumento della frequenza degli atti respiratori che però rimangono superficiali. Il termine viene usato maggiormente riguardo ad aspetti patologici, per esempio nel caso di febbre.

Polipnea è un aumento della frequenza e della profondità, quindi aumento anche del volume, ed è il termine utilizzato per descrivere una respirazione che si compie per recuperare ad esempio dopo un'attività fisica.

Altra domanda della lezione precedente sulla tbc e complesso primario:

Si ha quando viene contratta un'infezione da bacillo di Koch (BK) per via respiratoria. Il bacillo si localizza inizialmente nel lobo medio o nel lobo inferiore del polmone, poiché sono i lobi che vengono maggiormente ventilati e quindi hanno una maggiore probabilità che il bacillo si localizzi lì.

L'immunità innata può combattere il bacillo e distruggerlo (non si sviluppa neanche una sensibilizzazione) oppure il bacillo può vincere le difese innate e sviluppare un'infezione; in questo caso si sviluppa un complesso primario che a livello del polmone è detto anche **complesso primario di Ghon**, che comprende non solo la lesione viscerale del polmone, ma anche i linfonodi satelliti, che solitamente sono i linfonodi ilari o paratracheali, e i vasi linfatici interposti tra il parenchima interessato dall'infezione e i linfonodi satelliti interessati. Radiologicamente si possono verificare calcificazioni anche a mesi di distanza.

Nel bambino, o meglio nel neonato, si sviluppa un'infezione di tipo disseminato (miliare), in cui è frequente l'interessamento dei linfonodi ma anche della pleura e delle meningi.

Nei pazienti HIV si possono trovare forme extrapolmonari dovute alla immunodeficienza. La forma disseminata è classica nei pazienti fortemente immunodepressi mentre quelli meno immunodepressi sviluppano la classica infezione polmonare da tbc, perciò a livello apicale e non miliare.

Professore: È importante ricordare che non si parla di complesso secondario ma di tubercolosi secondaria. Il complesso primario è quello che si diceva precedentemente, quindi c'è il nodulo polmonare o tubercoloma, le strie linfangitiche e la linfadenopatia (*registrazione disturbata sull'ultimo termine, NdR*).

Se si vede una radiografia del torace molto spesso si trova scritto: calcificazione al lobo medio, piuttosto che a livello apicale, piuttosto che alla parte inferiore del lobo superiore ascrivibile ad esito, e questo è un esito specifico tubercolare di un complesso primario. Se poi questo è particolarmente importante ci può essere una calcificazione linfonodale.

Nei neonati c'è una forma disseminata perché non ci sono difese e, infine, bisogna dire che negli immunodeficienti da HIV non c'è sempre anche la tbc, ma deve esserci una forma conclamata (di immunodeficienza) con infezione opportunistica fra cui anche una ripresa di una tbc che può diventare miliare diffusa extrapolmonare.

La **tbc secondaria** è un'altra cosa, si definisce anche post primaria, e può derivare da una riattivazione del bacillo endogeno, che era rimasto latente nelle lesioni del parenchima polmonare, oppure può derivare dalla reinfezione di un soggetto già infetto. Inoltre

la tbc secondaria si manifesta a livello apicale (**focolai di Simon**) e può andare incontro a necrosi caseosa e quindi avere come esito una caverna tubercolare.

Domanda studente: perché è apicale la tbc secondaria? E' perché il batterio predilige un ambiente microaerofilo che nella parte più apicale ha queste caratteristiche?

Risposta: Sì esatto. Un esempio emblematico per tutte le terapie biologiche che al giorno d'oggi vengono utilizzate è quello del farmaco anti-TNF. In particolare per l'artrite reumatoide e per le spondiloartriti sieronegative uno dei farmaci biotecnologici che viene usato è l'anti-TNF.

Il TNF è fondamentale per evitare la formazione del granuloma tubercolare, per cui è molto importante prima di iniziare un anti-TNF andare a valutare se è presente una tbc latente, quindi se c'è un quantitativo positivo o se c'è un esito polmonare importante dei precedenti specifici importanti, perché in quel caso prima di iniziare l'anti TNF andrà fatta una profilassi anti tubercolare.

Quando non si sapeva ancora di questi effetti si è visto che alcuni soggetti in terapia anti-TNF sviluppavano una tbc miliare diffusa con meningite; inoltre ci sono stati dei decessi in pazienti con l'artrite reumatoide proprio per l'utilizzo di anti-TNF e appunto si è verificata la riattivazione del bacillo di Koch che era rimasto latente fino a quel momento.

Quindi bisogna valutare bene quando dare la terapia d'immunosoppressione perché ci possono essere importanti effetti collaterali da tenere in considerazione.

ESAME OBBIETTIVO ADDOME

Per l'addome sono importanti le linee di repere ; voi utilizzate queste linee per descrivere poi quello che trovate con le varie manovre semeiologiche.

Tra le linee verticali troviamo:

- **linea mediana**, detta linea alba o lineaxifopubica, che è la continuazione della linea medio sternale

- **linea semilunare**, curvilinea, segue il margine laterale del muscolo retto addominale

- **linea paracentrale**, a metà tra la linea alba e la linea passante per la spina iliaca anteriore superiore, ed è la continuazione dell'emiclaveare. Quindi a metà tra la continuazione dell'emiclaveare e la linea alba o xifopubica si trova la linea paracentrale.

Il **punto paracentrale** si trova all'incrocio tra la linea paracentrale e la decima cartilagine costale. Questo è il **punto cistico**, che corrisponde al fondo della colecisti, dove poi si va a fare una manovra particolare che si chiama manovra di Murphy.

La **manovra di Murphy**, se risulta positiva, indica un'inflammatione della colecisti come ad esempio una calcolosi della colecisti o una colecistite alitiasica (senza calcoli).

Il punto cistico può essere trovato anche in un altro modo: esso si trova anche a livello dell'incontro della decima costola con una linea orizzontale che è la linea trans pilorica.

Il punto cistico si trova anche nel punto dove la bisettrice dell'angolo xifombelicale (formato con l'ombelicale trasversa: quindi tra la linea xifo-ombelicale e ombelicale trasversa si forma un angolo retto a destra, che è il quadrante superiore destro addominale) incontra la decima costola.

Quindi questo punto (punto paracentrale), dove voi fate la manovra di Murphy, può essere individuato con tre linee diverse.

Tra le Linee orizzontali :

-**linea xifosternale**, che si trova grossomodo a livello della nona vertebra toracica

- **linea trans pilorica**, importante perché con altre linee ci permette di suddividere l'addome in nove quadranti, è a metà tra l'apice della sinfisi pubica e la fossetta giugulare del manubrio dello sterno. Generalmente appunto questa linea incontra la decima costola nel punto cistico e corrisponde grossomodo ad L1-L2. Questa linea è importante perché, sia a destra sia a sinistra, superiormente ad essa si trova l'ipochondrio.

- **Linea ombelicale trasversa**, che come dice il nome attraversa l'ombelico ed è solitamente a livello di L4

- **Linea bisiliaca**, che congiunge le due spine iliache anteriori superiori . Questa è la linea inferiore che ci permette di suddividere i quadranti medi (quindi gastrico e fianco destro e sinistro) dai quadranti inferiori, ovvero fossa iliaca destra e sinistra e ipogastrio. Quindi queste linee sono molto importanti per permetterci di suddividere l'addome in quadranti.

Un'altra linea molto importante è la linea che unisce l'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore destra: su questa linea ci sono i cosiddetti punti appendicolari, alcuni dei quali si trovano anche sulla bisiliaca.

Quindi vediamo che la transpilorica suddivide l'ipocondrio destro, l'epigastrio e l'ipocondrio sinistro dai quadranti medi, quindi fianco destro, zona periombelicale e fianco sinistro. La linea bisiliaca, detta anche transtubercolare in quanto unisce le due spine iliache anteriori superiori, permette di distinguere i quadranti medi da quelli inferiori dell'addome.

ISPEZIONE

Anche nell'esame dell'addome si parte dall'ispezione. Se un paziente arriva da voi perché ha un problema addominale la sequenza dell'obiettività è un po' diversa da quella usuale, quindi sarà:

- Ispezione
- Auscultazione
- Palpazione
- Percussione

Se invece il paziente non ha problemi addominali, e quindi non si pensa ad un problema di dolore intestinale o ad un'alterazione della peristalsi, possiamo fare la sequenza che abbiamo visto per il torace, quindi ispezione, palpazione, percussione e auscultazione.

Durante l'ispezione si possono valutare le dimensioni e i profili dell'addome.

- Normalmente avremo un addome piano o piatto
- ci può essere un addome a barca, cioè incavato come in una reazione peritoneale
- oppure un addome globoso, come si riscontra in un soggetto obeso o nel meteorismo
- si può trovare anche un addome batraciano (a rana) ad esempio in un soggetto ascitico. In questo caso l'addome si presenta come globoso e svasato ai lati.

Le caratteristiche della cute.

La cute, ad esempio nel caso di un addome batraciano, sarà tesa e saranno presenti verosimilmente dei circoli venosi superficiali. Inoltre sarà presente una cicatrice ombelicale estroflessa, oppure ci sarà un'ernia ombelicale.

Ad esempio la cute di un paziente con un morbo di Cushing avrà delle linee caratteristiche di colore rosso chiamate **striae rubrae**.

È importante valutare se ci sono cicatrici, per pregressi interventi chirurgici ad esempio.

Bisogna valutare la cicatrice ombelicale, che normalmente è introflessa, ma può essere estroflessa in un soggetto obeso o in un ascite, o può esserci addirittura un'ernia ombelicale.

Bisogna valutare se ci sono masse prominenti, oppure se ci sono ernie in sede di pregressa cicatrice chirurgica (detta laparocèle), che di solito si trovano sulla linea mediana o alba.

Oppure bisogna valutare se ci sono lesioni espansive, tipo tumore ovarico, che se voluminoso può essere visto in un a donna magra.

Ci possono essere **circoli venosi superficiali**, ad esempio nei casi di ascite dovuta a cirrosi epatica. La cirrosi causa un'ipertensione portale che porterà alla presenza di circoli venosi superficiali, che possono essere dei circoli cava-cava (ovvero tra la cava superiore e la cava inferiore) oppure nel caso in cui ci sia una pervietà della vena ombelicale si può trovare il cosiddetto **caput medusae** (ovvero varici che si dipartono a raggiera dall'ombelico).

In un soggetto molto magro si possono vedere i movimenti della parete addominale dovuta ad una peristalsi molto accentuata.

Quindi all'ispezione dobbiamo rispondere a queste domande:

- L'addome è simmetrico o asimmetrico?
- Ci sono masse, ernie, cisti?
- Ci sono prominente localizzate?
- È globoso o svasato ai lati?

Se c'è ascite l'addome è svasato ai lati (addome batraciano); in caso di meteorismo l'addome è globoso; in caso di voluminosa cisti ovarica ci può essere una prominente asimmetrica.

Alcuni esempi (*da slide*): dalla cicatrice ombelicale si dipartono a raggiera dei circoli venosi che vanno a formare il caput medusae; oppure se c'è una grossa massa ovarica ci può essere una protuberanza che voi potete vedere.

Si può avere un addome a grembiule quando il tessuto adiposo è importante; ci può essere un addome in cui si può valutare la distensione gassosa delle anse intestinali, ad esempio nell'addome meteorico globoso; ci può essere una massa tumorale che può portare alla deformazione del profilo dell'addome.

Quando c'è del liquido ascitico con la percussione si andrà a valutare dove è presente l'area di ottusità, e quindi il suono plessico da timpanico diventa un suono plessico ottuso. Facendo poi girare il paziente da un lato o dall'altro si valuterà se questo liquido ascitico è mobile, e quindi ci sarà uno spostamento del liquido per cui la regione che prima ha prodotto un suono timpanico produce poi un suono ottuso.

Nell'ascite ci sono una serie di manovre che vengono eseguite, oltre la percussione raggiata, per valutare la sua mobilità, per escludere che sia saccato ad esempio.

All'ispezione dell'addome è possibile trovare ernie, come ernie sulla linea alba; ci possono essere delle masse di utero voluminose di poco, quindi possono esserci problemi superficiali cutanei. Inoltre è importante valutare la cicatrice ombelicale, normalmente introflessa.

Quindi valutando la cute si possono trovare strie, cicatrici, discromie, presenza di lesioni cutanee, spider nevi (che sono di solito a livello toracico superiore), porpora, presenza di ernie, ed è importante valutare anche la distribuzione pilifera.

La distribuzione pilifera è molto diversa nell'uomo e nella donna, ma abbiamo già detto che in alcune situazioni può essere disposta in maniera diversa dal normale in tutti e due i sessi.

PALPAZIONE

Se voi volete valutare palpatariamente o anche con auscultazione l'addome di un soggetto che ha una muscolatura molto spiccata oppure per ansia o agitazione presenta una contrazione dei muscoli addominali potete rilassarlo ponendolo con le gambe flesse ed il capo un po' sollevato. In questo modo si riesce ad ottenere un certo rilassamento della muscolatura addominale.

La **manovra del Valsalva** è un espirio a glottide chiusa, e serve perché aumenta la pressione intraddominale e quindi permette di valutare se questo aumento di pressione peggiora ernie presenti.

Questa manovra si usa per valutare ad esempio un'ernia inguinale. Altro modo per aumentare la pressione addominale è far tossire il paziente. Questo può servire anche per vedere se si evoca dolore (normalmente assente).

È importante se il soggetto è magro valutare la presenza di pulsazioni vascolari, che potrebbero essere indicative di un aneurisma dell'aorta addominale, che deve poi essere confermato all'auscultazione.

Già per quanto riguarda l'ispezione abbiamo detto di notare circoli venosi collaterali come il caput medusae o circoli cava-cava che utilizzano le vene ipogastriche, epigastriche e mammarie interne con flusso diretto dal basso verso l'alto.

Per valutare la direzione del flusso basta premere con due dita questi circoli venosi, rilasciare prima uno e poi l'altro, e si vedrà la direzione del flusso, che solito è dalla cava inferiore alla cava superiore.

La palpazione è una manovra che viene fatta successivamente all'ispezione se non ci sono problemi addominali.

Domanda studente: in reparto mi hanno riferito che conviene invertire comunque l'ordine, perché può accadere che ci sia una reazione riflessa anche se il paziente non aveva segnalato il problema addominale.

Risposta: diciamo che se un paziente viene per un'ipertensione arteriosa è un po' difficile che poi ci sia un problema addominale per cui può essere seguita la sequenza usuale.

Si palpa in maniera superficiale con la mano piatta e poi via via si esegue una palpazione più profonda.

Lo scopo è quello di localizzare dei dolori spontanei, senza che il paziente riferisca la presenza di un dolore, poniamo in ipocondrio o al fianco o alla fossa iliaca, oppure provocare dolore, soprattutto con una palpazione profonda.

Individuare la presenza di masse anomale, e valutare poi gli organi addominali.

Valutare poi il margine inferiore del fegato e della milza, normalmente posti in ipocondrio destro e sinistro.

La palpazione, poi, si inizia sempre a livello della fossa iliaca, perché nel caso di megalie importanti non sentiremmo il margine inferiore del fegato e della milza.

Valutare poi il grosso intestino (*registrazione disturbata NdR*) ed in particolare la zona appendicolare.

La palpazione bi-manuale viene eseguita mettendo una mano sotto il fianco del paziente e l'altra sopra, per valutare ad esempio se vi sono delle voluminose cisti renali, oppure anche per individuare una splenomegalia.

Generalmente nell'esame obiettivo si scrive: addome trattabile, piatto o globoso, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda. Questo è ciò che si scrive nel caso in cui il paziente non presenti problemi alla palpazione addominale. Altre opzioni sono: addome poco trattabile, scarsamente trattabile, parete addominale resistente.

Prima di procedere alla palpazione profonda si parte superficialmente per tutto l'addome e poi se non c'è dolore si passa appunto alla profonda.

PUNTI DOLOROSI ADDOMINALI

Ci sono diversi punti dove possiamo evocare dolore con la nostra manovra:

- Il **punto epigastrico**, al passaggio tra il terzo superiore e il terzo medio della linea xifoombelicale. Questo generalmente è indicativo di una gastrite.
- Il **punto colecistico**, in cui si evoca dolore mediante la **manovra di Murphy** nel corso di una colecistite.
- Il **punto pilorico**, situato medialmente al punto colecistico

Questo punto è posto a livello della bisettrice cui ho accennato prima, ovvero si trova nel punto dove la bisettrice dell'angolo xifombelicale (formato dalla linea xifo-ombelicale e ombelicale trasversa, tra le quali si forma un angolo retto a destra che è il quadrante superiore destro addominale) incontra la decima costola.

La bisettrice distingue due angoli che sono l'**angolo coledocico-pancreatico** e l'**angolo pancreatico-duodenale**. Quello più mediale è l'angolo pancreatico-duodenale, mentre il laterale è il coledocico-pancreatico. Di solito premendo a questo livello, se si risveglia dolore può significare che vi è una duodenite, oppure una colecistite, o ancora una subdolenza pancreatica.

- Il **punto solare**, situato al passaggio fra il terzo medio e inferiore della xifo-ombelicale. Anche questo è tipico di un dolore di origine gastrica.
- Il **punto di Morris** e il **Mac Burney**. Su quest'ultimo si esegue la **manovra di Blumberg**. Entrambi si trovano sulla linea che unisce l'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore. Il punto di Morris si trova a 3 cm dall'ombelico, il Mac Burney si trova invece a metà della stessa linea.
- Il **punto di Lanz**, al passaggio tra il terzo laterale destro e il terzo medio della linea bisiliaca.

Questi tre ultimi punti sono i **punti appendicolari**, il più importante dei quali è sicuramente il Mac Burney.

- I **punti ovarici** si trovano a metà della linea che unisce l'ombelico alla metà dell'arcata crurale. Premendo in questo punto si evoca dolore se c'è un problema di tipo ovarico o di ciste ovarica.
- Il **punto uterino**, sulla linea mediana al di sopra della sinfisi pubica.

Come si diceva, a livello del Mac Burney si esegue la manovra di Blumberg. Premendo a questo livello con due o tre dita perpendicolarmente rispetto alla cute si scende (si evoca dolore) e poi si rilascia rapidamente. Il dolore di solito è più vivace al rilascio, e questo è un segno positivo ed indicativo di una sofferenza appendicolare ed eventualmente peritoneale. E' una manovra molto importante che evidenzia l'acuzie del problema.

AUSCULTAZIONE

Con l'auscultazione si va a sentire la peristalsi. La **peristalsi** può essere vivace, torbida, assente. Può anche avere un timbro particolare di tipo metallico. Chiaramente non bisogna essere tratti in inganno perché una peristalsi metallica, per esempio, può essere d'avviso per un'occlusione intestinale prima che vi sia la paralisi completa e vi sia quindi il blocco della peristalsi. L'auscultazione deve essere abbastanza lunga, soprattutto se ci sono dei problemi addominali, perché solamente spingendo la campana dello stetoscopio potremmo indurre qualche movimento peristaltico che poi stando lì si esaurisce. E' importante quindi auscultare per un periodo sufficiente a valutare se la peristalsi è presente, oppure se è assente, o se ha delle caratteristiche particolari.

I suoni peristaltici scompaiono nell'ileo paralitico. Per poter essere certi bisognerà mantenere l'auscultazione per qualche minuto onde essere certi di non sentire nulla.

L'auscultazione permette anche di sentire dei **soffi vascolari**, soprattutto se c'è un aneurisma dell'aorta, ponendo il fonendoscopio lungo il decorso dell'aorta.

Si può auscultare anche se c'è una stenosi al livello delle arterie renali, oppure anche delle mesenteriche, o delle femorali a livello della regione inguinale.

Ci possono essere anche degli sfregamenti, nel caso in cui vi sia un infarto splenico con una sofferenza a carico della superficie della milza, o anche nel caso di flogosi a carico della regione periepatica.

Praticamente si andrà ad auscultare a livello della zona paraombelicale sinistra, paraombelicale destra, a livello dell'epigastrio e infine al margine costale destro. Questo ci consente di valutare eventuali soffi dell'arteria renale o rumori da sfregamento.

L'**auscultazione epatica** è importante quando si ha qualche dubbio riguardo all'epatomegalia. Solitamente prima si esegue la palpazione del margine inferiore del fegato appoggiando la mano dal lato ulnare e procedendo dalla fossa iliaca risalendo. Se non si sente nulla a livello dell'ipocondrio facendo eseguire un'inspirio profondo si valuta se è presente un fegato palpabile. Se si hanno ancora dubbi, in ispirio si esegue la percussione sentendo il passaggio da un suono timpanico a un suono plessico ottuso.

Se ancora vi sono dubbi si può appoggiare il fonendoscopio e andare a sfregare con il dito. Si potrà sentire un cambio nell'auscultazione sfregando a livello dell'ipocondrio.

L'auscultazione epatica è comunque una pratica molto rara.

Domanda studente: (non udibile dalla registrazione, probabilmente riguarda la questione se la misura dell'epatomegalia va valutata in ispirio o meno NdR)

Risposta: generalmente è in ispirio, ma è chiaro che se si palpa un fegato all'ombelicale trasversa non è necessario. Se è palpabile in ispirio si scriverà fegato palpabile all'arco, oppure fegato debordante 3-4cm (in tal caso non è necessario l'inspirio).

Quello che si indagherà è il **margine epatico**. Può essere liscio o normale, tagliente o arrotondato. Può avere consistenza parenchimatosa, che è tipica anche dei linfonodi, se questi sono normali.

Si parla di consistenza soffice o parenchimatosa anche per la tiroide quando palpabile. Parenchimatosa è anche la consistenza di un fegato normale palpato all'arco di una persona longilinea.

La consistenza può essere poi dura, duro-elastica, lignea, come si era detto anche riguardo ai linfonodi.

PERCUSSIONE

Normalmente all'addome vi è un suono timpanico, iperfonetico soprattutto a livello della bolla gastrica. Vi possono essere delle aree di ottusità anomala nel caso in cui vi sia ascite, nella splenomegalia, nell'epatomegalia, nel globo vescicale o nel caso in cui vi siano neo formazioni voluminose.

Nel caso del globo vescicale si andrà a palpare sentendo il limite dello stesso. Si andrà anche a fare la percussione perché il suono da timpanico diventa un suono ottuso. Tutto questo avviene nella regione ipogastrica.

Normalmente quando si va a fare la percussione si cerca di delimitare anche il **polo superiore del fegato**. Questo può rientrare nell'ambito della percussione dell'aia cardiaca, in quanto coinvolge anche la delimitazione dell'angolo epatocardiaco, però in corso di palpazione del margine inferiore del fegato è importante andare anche a delimitare la cupola epatica.

A tal proposito si esegue una percussione che segue la linea emiclaveare. Portandosi inferiormente si troverà che il suono (ovviamente a livello degli spazi intercostali) da plessico chiaro polmonare diventa ipofonetico nell'area di ottusità relativa, e ottuso quando vi è l'aria di ottusità assoluta, di solito a livello del quinto spazio intercostale sulla emiclaveare appunto.

Dall'altra parte effettueremo la percussione della milza individuandone il polo superiore. Si procede percuotendo dalla linea mammillare verso l'ascellare media seguendo gli spazi intercostali e generalmente l'**aria di ottusità splenica** sarà trovata a livello del nono spazio intercostale sull'ascellare media di sinistra.

In caso di ascite vi può essere una **manovra** definita **del fiotto**, che permette di chiarire se il versamento ascitico è mobile oppure no. Consiste nel mettere le dita a piatto su di un fianco, con l'altra mano si fa una lieve percussione dall'altro lato e valutando se si percepisce la trasmissione dell'onda a livello della mano messa a piatto sul lato opposto.

Se vi è poi un collega che pone una mano dal lato ulnare a livello centrale sulla linea xifo-ombelicale, questo blocca la trasmissione dell'onda che viene trasmessa attraverso la parte addominale e rimane solamente la componente ascitica.

Nel complesso questa manovra serve per valutare il fatto che vi sia un versamento libero mobile spostabile a livello addominale.

SINTOMI E SEGNI DI UNA PATOLOGIA GASTROENTERICA:

- dolore addominale
- anoressia
- perdita di peso
- nausea e vomito
- pirosi gastrica o retrosternale (ad esempio nel reflusso gastroesofageo)
- ipersalivazione
- rigurgiti
- odinofagia (dolore durante la deglutizione)
- disfagia. *Spiegazione di una studentessa: difficoltà nella deglutizione di cibi. (In particolare liquidi che possono finire nelle vie respiratorie o cibi solidi secchi (cracker) che possono venire aspirati dalle vie respiratorie stesse per quanto riguarda le persone anziane). La disfagia può essere presente anche nelle persone giovani. (il docente chiede esempi, uno studente suggerisce l'acalasia esofagea, in cui il cibo si accumula nell'esofago e fa fatica a passare allo stomaco. Il professore spiega però che si avrà vomito ma non si avrà difficoltà a mandar giù. Discorso poco chiaro NdR)*

La disfagia è in realtà un problema della muscolatura dell'esofago.

Malattie autoimmuni che danno disfagia:

- Nella SLA vi può essere (anche se non è uno dei primi segni)
- Nella sclerodermia uno dei primi segni è la disfagia a causa della sostituzione della muscolatura con fibre collagene. Una degenerazione fibrotica.

- dispepsia: *Studente: digestione rallentata (il docente non aggiunge commenti NdR)*
- diarrea. *Domanda prof: come può essere? risposta studente:*

1. osmotica
2. secretoria
3. emorragica
4. acquosa (come ad esempio nel corso di un'infezione da colera)
5. nel caso in cui vi sia una crescita batterica abnorme si ha una diarrea da malassorbimento, in cui a seguito dell'eccessiva proliferazione batterica si ha l'isolamento dell'orletto a spazzola che non può più effettuare la digestione degli alimenti.

Professore: e una steatorrea? Studente: Feci contenenti lipidi abbondanti in una situazione di mancata immissione in circolo di acidi biliari a causa di una insufficienza pancreatica (dato che il coledoco attraversa la testa del pancreas).

- stipsi. (Come nella sclerosi sistemica)
- incontinenza fecale
- ematemesi
- melena
- ematochezia
- ittero
- meteorismo

Tutti questi sono una serie di sintomi che si possono indagare in un paziente quando lamenta un qualche dolore addominale.

Se c'è un dolore addominale bisogna valutare la frequenza, la sede ed irradiazione, le caratteristiche, la durata, ad esempio se si tratta di un dolore continuo o a colica (quindi che va e viene) e se c'è un rapporto con eventi fisiologici, per esempio se c'è un dolore addominale che compare subito prima di una scarica diarroica.

Domanda prof: Se ci fosse un dolore epigastrico a cosa pensereste?

Risposta studenti: una gastrite; un'ulcera gastrica, il cui dolore sarebbe influenzato dai pasti; pancreatite, ma in questo caso il dolore sarebbe a barra e irradiato posteriormente; infarto cardiaco della regione inferiore.

Quindi possono essere molto diverse le cause di dolore, comprendendo anche cause di origine extraddominale.

E' importante valutare se è dovuto a **processi infiammatori**, a **distensione addominale**, come in una occlusione, a **spasmi intestinali**, oppure a causa di **trazione** in presenza di aderenze tra le anse intestinali.

Delle feci va quindi valutato il **colore**, la **consistenza**, la **conformazione**.

- In caso di feci nere si ricordi che nella melena ad esempio abbiamo feci nere dovute a perdite ematiche. Si deve escludere comunque l'assunzione di ferro oppure il consumo di liquirizia.

- Nell'ematochezia si avranno feci color rosso vivo.

- Nella steatorrea saranno tendenti al giallo.

Altre manovre che vengono effettuate nell'esame obiettivo dell'addome sono:

l'esplorazione rettale, che serve per vedere se l'ampolla rettale contiene feci, e se queste hanno un colorito normale o se sono striate di sangue.

L'esame del canale inguinale esterno; in questo caso si possono far effettuare dei colpi di tosse oppure la manovra del Valsalva per vedere se c'è un'ernia a carico del canale inguinale esterno.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 28/10/2013 (1)

Lezione di SEMEIOTICA del 28/10/2013

Sbobinatore: Andrea Montresor

Revisore: Cristina Chiamenti

OBIETTIVITÀ NEUROLOGICA

I segni meningei possono essere causati da malattie infettive, come la meningite. Essa presenta dei sintomi particolari come ad esempio: rigidità nucale, vomito a getto, rash cutaneo, dermografismo, decubito a cane di fucile, cefalea, atteggiamento particolare del corpo e della testa (definito opistotono), dolore ai polpacci (? *studente dovrà cercarlo e riferire al professore*), febbre (legata al fatto che la meningite è causata da un agente infettivo. Bisogna tener presente che ci sono anche casi di meningite asettica nei quali la febbre può non essere presente; Oppure può esservi un meningismo, con sintomi tipici della meningite ma non essere di tipo infiammatorio.

Oltre a tutti i sintomi già citati, vi sono dei segni che si vanno ad evocare per valutare se c'è una irritazione delle meningi (*il professore precisa che sono segni che bisogna conoscere e saper eseguire*):

- **Segno di Kernig:** se al paziente in posizione supina si chiede di mettersi in posizione seduta sul letto, questo non riesce a mettersi seduto se non flette le cosce sul bacino e le gambe sulle cosce.

Inoltre se si cerca di tenere le gambe distese premendo sulle ginocchia il paziente non riesce a mettersi seduto;

- **Segno di Brudzinski:** paziente supino a letto, gli si pone la mano sullo sterno (cercando di mantenere il busto disteso), si cerca di piegare la testa mettendovi una mano dietro, il paziente deve flettere le gambe sulle cosce per non stirare le meningi (per avvertire meno dolore);
- **Manovra di Lasègue:** utilizzata frequentemente anche dagli ortopedici e dai reumatologi quando si sospetta una sciatalgia, un' ernia discale.

Si mette una mano sul ginocchio, l'altra dietro la caviglia a livello dell'achilleo e si solleva l'arto inferiore sul bacino.

Generalmente è positivo se il paziente non riesce ad alzare la gamba oltre 45° perché questo risveglia in lui molto dolore. Il dolore può essere risvegliato per la meningite, oppure perché c'è un'ernia discale, magari intraforaminale, che irrita le radici del nervo sciatico e c'è evocazione del dolore a livello lombare.

Importanti sono anche i riflessi (*vanno conosciuti e soprattutto i tendinei vanno saputi eseguire*):

- **Riflessi tendinei:** rotuleo, achilleo, tricipitale e bicipitale (*il professore non li spiega, ma invita gli studenti a farseli mostrare in reparto e imparare a farli*);
- **Riflessi cutanei:** plantare, addominale, cremasterico. Sono riflessi che provocano la contrazione dei muscoli quando andiamo a sfregare una zona vicina: ad esempio il riflesso cremasterico è evocato sfregando la faccia interna della coscia nel terzo superiore, si ha il sollevamento del testicolo per contrazione del muscolo cremastere.
- **Riflessi osteo-periostei:** radiale, cubitale, e degli adduttori;
- **Riflessi mucosi:** corneale (con un pezzetto di carta si va a toccare la congiuntiva e si ha il segno dell'ammiccamento), faringeo (quando si va a toccare il faringe per esempio con un tampone che può provocare il riflesso del vomito).
- **Riflesso patologico di Babinski:** indicativo di una lesione delle fibre piramidali. Strisciando la pianta del piede lungo il lato esterno si evoca la flessione delle dita: vi può essere l'estensione dell'alluce e in questo caso si parla di segno di Babinski positivo-dissociato, oppure vi può essere l'estensione a ventaglio di tutte le dita del piede e in questo caso è un segno di Babinski positivo-completo.

Nel neonato questo riflesso è normale perché non c'è ancora la mielinizzazione delle fibre nervose e quindi generalmente fino al 6°-8° mese, il riflesso è positivo fisiologicamente.

Nell'adulto questo segno è indicativo di una lesione dei fasci piramidali.

Sindrome di Claude Bernard-Horner (ne avevamo già parlato a proposito della sindrome di Pancoast Ciuffini), caratterizzato da miosi per paralisi del muscolo dilatatore della pupilla, enoftalmo per paralisi del muscolo orbitale, lieve ptosi palpebrale per paralisi del muscolo tarsale superiore di Muller, vasodilatazione cutanea e anidrosi della metà omolaterale del viso e del collo. Questo è presente nella sindrome di Pancoast quando c'è una lesione espansiva dell'apice del polmone, quindi nel tumore dell'apice del polmone che invade il simpatico cervicale. Ma può esserci anche in lesione di tipo neurologico o in voluminose linfadenopatie latero-cervicali.

Vi sono poi manifestazioni che sono indicative di alterazioni del sistema extrapiramidale e del cervelletto, organo importante per la coordinazione dei movimenti e anche per la deambulazione.

Ci sono prove che vengono effettuate comunemente nell'esame neurologico per valutare le **dismetrie**, cioè incapacità del soggetto di coordinare i movimenti. Pertanto si fanno delle prove come: prova indice-indice, indice-naso, si fa prendere un bicchiere e lo si fa portare alla bocca, o si fa portare il tallone del paziente a toccare il ginocchio dell'altra gamba.

Generalmente pazienti con problemi cerebellari hanno una **ipermetria**: ad esempio il bicchiere lo portano all'orecchio; oppure invece di toccarsi il naso con il dito si toccano il mento o la spalla; o il paziente non riesce a fermare il tallone di una gamba al ginocchio dell'altra gamba.

Queste prove di dismetria sono indicative di un'incordinazione di origine cerebellare.

Altro segno è la **adiadococinesia**: si fanno compiere movimenti contrari sempre più velocemente (esempio far compiere movimenti di pronazione e supinazione velocemente), un paziente con problemi cerebellari non riesce a farlo.

Altri segni sono i **disturbi del tono muscolare**: si prende la mano del paziente e gli si chiede di tirarla verso di sé, normalmente nel momento in cui il medico lascia la mano del paziente egli blocca il movimento del braccio, nel paziente con disturbi del tono muscolare il braccio "rimbalza", non riesce a fermarlo.

Vi sono poi disturbi della parola, della scrittura (esempio scrittura strana rispetto a quella che il paziente ha sempre avuto).

Importanti sono i **disturbi della marcia**: si deve osservare e valutare la marcia del paziente. Vi sono diversi tipi di marcia patologica:

- Andatura atassica di tipo cerebellare: paziente cammina a gambe aperte per non cadere;
- Andatura atassica di tipo sensitivo: si manifesta soprattutto ad occhi chiusi, ci sono manovre come quella di Romberg in cui il paziente è a piedi uniti e braccia distese, se c'è una atassia sensitiva chiudendo gli occhi il paziente comincia ad andare da una parte all'altra, a dondolare e può anche cadere; in quella cerebellare questo non succede, non c'è differenza tra occhi chiusi e occhi aperti;
- Andatura falciante: andatura tipica di alcune lesioni del SNC;
- Andatura parkinsoniana (legata a lesione dei nuclei della base): il soggetto cammina a piccoli passi sempre più veloci chinato in avanti fino al punto che rischia di cadere in avanti. Generalmente prima di partire "pesta" forte con il piede come se dovesse partire per una corsa;
- Andatura paraplegica: se il soggetto riesce a compiere alcuni passi ma generalmente questi pazienti necessitano delle stampelle;
- Andatura a forbice: c'è un incrocio delle gambe e dei piedi in avanti finché il soggetto tende a cadere se non è sostenuto;
- Andatura a piccoli passi: simile a quella parkinsoniana;
- Andatura anserina: caratterizzata da un movimento in avanti e indietro del tronco sugli arti inferiori che è tipica di alcune distrofie muscolari.

Questi disturbi della marcia possono indurre il medico a pensare a determinate patologie.

SEMEIOTICA VASCOLARE

Dobbiamo considerare le arterie, con alterazioni macrovascolari o microvascolari, le vene, superficiali e profonde, e i vasi linfatici.

I principali sintomi e segni che comprendono questo distretto vascolare sono:

- Dolore: ad esempio nell' ischemia acuta del piede;
- Alterazioni cutanee: discromie, come nelle stasi venose croniche agli arti inferiori, o in corso di fenomeni di tipo ischemico;
- Edema: importante differenziare tra edema dovuto a stasi venosa e linfedema;
- Dimensioni e trofismo degli arti: utile ed importante soprattutto nel follow up di pazienti con problemi al sistema vascolare è la misurazione del diametro degli arti (esempio coscia e polpaccio);
- Presenza di ulcerazioni: a seconda poi del tipo di ulcera si può sospettare se il processo morboso è a livello dei vasi arteriosi o venosi;
- Trombosi o embolia (evento acuto);
- Stroke cerebrale (evento acuto);
- Sindrome vertiginosa: dovuta ad aterosclerosi delle carotidi, o per riduzione dei forami di coniugazione con comparsa di sindrome vertiginosa ai movimenti del capo.

Trombosi o embolia VENOSA:

Fattori di rischio:

- Stasi venosa;
- Rimanere allettati per parecchio tempo: si instaura sempre il trattamento profilattico con eparina;
- Periodo post-operatorio: soprattutto per operazioni ortopediche o a livello addominale;
- Scompenso cardiaco congestizio;
- Obesità;
- Gravidanza: ridotto ritorno venoso per compressione a livello del plesso pelvico;

- Contraccettivi orali: soprattutto se a questi si aggiunge anche un problema di coagulazione (alterazione a carico delle proteine della coagulazione) o la presenza di danno endoteliale che può essere causato da anticorpi anti-fosfolipidi;

Vi possono essere sintomi acuti correlati alla sede dell'embolia: l'embolia polmonare causerà sintomi respiratori e dolore toracico.

Trombosi ed embolia ARTERIOSA:

Se la sede di partenza fosse carotidea (facilmente evidenziabile con eco color doppler dei vasi del collo) ci sarebbero sintomi come stroke, vertigini, alterazioni dello stato di coscienza, diplopia.

Quadro simile si avrebbe anche in caso di pervietà del forame ovale: se è presente uno shunt importante esso può determinare uno stroke cerebrale. Questo caso si può studiare con un esame Doppler trans-cranico: si inietta una sostanza e si vede se passano delle bollicine che poi vengono rilevate da questo doppler trans-cranico, se queste sono presenti possono essere indicative della necessità di risolvere la pervietà del forame ovale perché questo può essere indicativo e predittivo di un possibile evento acuto cerebrale futuro.

Se l'evento è periferico avremmo:

- dolore acuto
- pallore
- temperatura al termotatto diminuita
- assenza di polsi
- claudicatio: dal latino zoppicare. Studente: quando un paziente presenta una arteriopatia obliterante degli arti inferiori che riduce la perfusione dell'arto ad un livello prossimale o distale a seconda del livello dell'ostruzione, che può essere parziale o di maggiore entità, si parla di **claudicatio intermittens** perché l'ipoperfusione dell'arto si manifesta con una riduzione dell'autonomia di marcia per cui il paziente riesce a percorrere un certo numero di metri ma poi deve fermarsi perché lamenta dolore crampiforme, generalmente a livello dei polpacci. Questa patologia viene anche chiamata malattia delle vetrine.

Claudicatio abdominis: legato sempre ad un problema stenotico/aterosclerotico a livello dell'arteria mesenterica; è un dolore addominale che compare dopo i pasti nel corso della digestione quando c'è maggior necessità di sangue. Dolori addominali che possono trarre in inganno con un addome acuto.

- Digestivi: dolore addominale, infarto intestinale (la claudicatio abdominis può arrivare anche all'infarto intestinale), rettorragia.
- Renali o splenici: dolore importante in loggia lombare o ipocondrio di sinistra.

Situazione di embolia/trombosi splenica può esservi in caso di amiloidosi splenica.

Esame obiettivo deve prevedere la **palpazione dei POLSI PERIFERICI**, valutando:

- Sede;
- Simmetria o meno dei polsi;
- Frequenza;
- Caratteristiche del polso (*non basta sentire il polso radiale e dire "è presente"!, ndr*);
- Correlazioni con il polso centrale: per vedere ad esempio se la frequenza centrale corrisponde a quella periferica, perché in condizioni come la fibrillazione atriale molti battiti non sono trasmessi e dunque c'è una frequenza diversa.

Sedi di repere dei polsi periferici:

- Capo e collo: polso carotideo e polso temporale;

- Arti superiori: polso radiale (il cui esame è la prima manovra da compiere nell'esame obiettivo del cuore, seguito dalla misurazione della pressione sanguigna, seguito dalla obiettività cardiaca), omerale, ascellare;
- Addome: polso aortico (la cui valutazione auscultatoria è importante per valutare la presenza di soffio, indicativo della possibile presenza di un aneurisma dell'aorta addominale), inguinale (femorale), arterie renali (presenza o meno di soffio che può far sospettare che l'eventuale ipertensione del paziente sia legata ad una stenosi dell'arteria renale);
- Arti inferiori: popliteo, pedidio e tibiale posteriore (soprattutto questi ultimi due).

Una manovra particolare di valutazione del polso radiale, serve per vedere se è presente una **sindrome dello stretto superiore** (legato ad esempio a una costa sovranumeraria o una ipertrofia degli scaleni): faccio alzare e spostare all'indietro il braccio, se il polso radiale scompare può esserci una stenosi a carico della succlavia.

Valutazione del tibiale posteriore: posizionare la punta delle dita posteriormente e leggermente inferiormente al malleolo mediale. Valutazione del pedidio: sempre con la punta delle dita/polpastrelli.

Il polso radiale è chiaramente quello più importante per determinare la **frequenza cardiaca** nel caso vi sia un ritmo cardiaco regolare; in caso di aritmia deve essere sempre valutato sia il polso periferico che centrale.

Va determinato il **ritmo cardiaco**:

- *apparentemente ritmico* (poiché solo l'ECG confermerà se questo è ritmico o meno, perché un battito che può sembrare ritmico può non partire dal seno atriale);
- presenza o meno di battiti ectopici isolati (extrasistole);
- ritmo regolarmente irregolare (ritmo bigemino, trigemino; dunque se è presente un extrasistole ogni 2 o 3 battiti normali);
- ritmo irregolare, caotico (come nella fibrillazione atriale);

Bisogna descrivere le **caratteristiche del polso**:

- frequenza;
- ritmo;
- ampiezza (polso ampio; grande; filiforme come ad esempio in uno shock con grave ipotensione, o in una condizione di stenosi aortica);
- forza (forte, spesso associato all'aggettivo "scoccante" tipico di una insufficienza aortica in cui c'è un soffio pieno e scoccante; debole, spesso associato a battito filiforme)

Domanda studente: "cosa cambia da ampio a forte?". Risposta: "Ampio è dato dal fatto che la contrazione del ventricolo sinistro dà origine a un polso che è pieno, ampio o grande vuol dire che si palpa molto bene. Forte è generalmente quando per esempio c'è una insufficienza aortica in cui nel momento della sistole c'è una quantità maggiore di sangue immesso in circolo."

- Durata;
- Consistenza: indice della tensione. Può essere duro ad esempio nella panarteriosclerosi, con consistenza dura alla palpazione;
- Sincronismo: confrontato con il battito cardiaco;
- Simmetrico: se bilateralmente è uguale.

Nelle tachicardie per esempio febbrili il polso radiale può essere celere e scoccante.

Il polso radiale può essere debole o assente bilateralmente nella **malattia delle giovani donne senza polso/arterite di Takayasu**: vasculite dei grossi vasi arteriosi che colpisce prevalentemente donne di giovane età, per un manicotto infiammatorio a livello dell'arco aortico spesso manca il polso radiale bilateralmente.

Anche l'arterite di Horton è una vasculite dei grossi vasi arteriosi: palpando l'arteria temporale questa si presenta dura, dolente.

Attraverso l'ascoltazione del polso carotideo si possono identificare soffi, che possono essere originati da una stenosi carotidea legata ad un processo aterosclerotico del vaso stesso, oppure essere originati da un soffio cardiaco che è irradiato ai vasi del collo.

Segni di ISCHEMIA:

Meno gravi

- Polso debole o assente;
- Pallore cutaneo;
- Temperatura fredda;

Segni più gravi

- Parestesie;
- Paralisi;
- Claudicatio.

La **claudicatio** si suddivide in 4 stadi (in 4 stadi si divide anche lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, l'ipertensione arteriosa polmonare):

- Stadio I: vaga sintomatologia, formicolio, stanchezza;
- Stadio II: durante la deambulazione compare dolore crampiforme ma ancora sopportabile, il soggetto si ferma dopo un certo numero di metri e il dolore passa;
- Stadio III: compaiono dolori anche a riposo;
- Stadio IV: compaiono anche segni di necrosi tissutale, generalmente a livello delle dita (comparendo prima cianosi e poi necrosi tissutale)

L'ischemia è piuttosto frequente in patologie come la sclerodermia, con necrosi ischemica a carico delle estremità; frequente anche nel paziente diabetico, che è infatti una delle malattie che più frequentemente può portare a necrosi tissutale periferica.

La **sequenza** dell'esame obiettivo a livello vascolare:

- Esaminare i polsi e apprezzarne le caratteristiche;
- Auscultare le carotidi, anche per il discorso dell'irradiazione dei soffi cardiaci;
- Auscultare l'aorta addominale e le arterie renali;
- Ispezionare le gambe per valutare la presenza di lesioni di tipo ischemico e di edemi;
- Osservare con attenzione le dita dei piedi.

ARTERIOPATIE su base funzionale, dovute ad un vasospasmo aumentando il danno aterosclerotico, trombotico e tromboembolico:

- Fenomeno di Raynaud, legato a vasospasmo dei vasi arteriosi.
- Acrocianosi: in cui le estremità delle mani e dei piedi hanno colorito cianotico dovuto a difficoltoso ritorno venoso.
- Eritromelalgia: alterazioni di tipo vasomotorio dolorose (vasodilatazione, vasocostrizione, sudorazione e dolore importante).
- Livedo reticularis: tipica di alcune patologie autoimmuni (soprattutto LES), coinvolge la faccia interna delle gambe o degli arti superiori; generalmente è indicativo di un problema vascolare dove c'è anche una dilatazione dei capillari e delle venule che acquisiscono un aspetto reticolare (si vede reticolo vascolare).

SISTEMA VENOSO PERIFERICO:

Valutare le vene periferiche:

- Presenza o meno di turgore: in sede giugulare in condizioni di scompenso del cuore destro, o in condizione di fegato da stasi;
- Determinare senso del flusso: importante per circoli porto-cavali (esempio in caso di cirrosi epatica);
- Presenza di indurimenti locali o a cordoncino: esempio indicativo di tromboflebite;
- Presenza o meno di dolore spontaneo o provocato: dolore spontaneo importante tipico della tromboflebite;
- Segni visibili e palpabili di flogosi;
- Valutare se ci sono varici: soprattutto agli arti inferiori.

Ispezione delle GIUGULARI:

- Guardare il paziente quando è disteso a letto o quando è in posizione semiseduta, e osservare se è presente turgore;
- Vedere se alla palpazione c'è anche un flusso;
- Vi sono anche alterazioni fisiologiche del flusso giugulare: quando uno ride la giugulare aumenta di volume; può variare con i cambiamenti di posizione del paziente; manovre come quella di Valsalva possono modificare il flusso giugulare;
- Valutare se è presente un reflusso epato-giugulare come nel fegato da stasi, andando a palpare il fegato;
- Durante sforzi espiratori vi è un aumento della pressione intratoracica con ostacolato reflusso venoso in atrio destro;
- Nella profonda inspirazione il turgore da stasi si riduce o scompare perché la pressione negativa intratoracica esercita un effetto positivo sullo scarico venoso nel cuore destro;
- Se invece vi è un ostacolo al flusso, dunque se il turgore delle giugulari non è dovuto ad uno scompenso cardiaco ma a una massa comprimibile espansiva, la variazione con l'inspirio o espirio profondo non c'è.

La valutazione delle giugulari permette anche una valutazione indiretta della pressione che noi abbiamo in atrio destro (generalmente viene fatta quando c'è un catetere venoso giugulare, si misura attraverso il CVC con una colonna d'acqua la pressione in atrio destro).

(il discorso del professore ora si fa parecchio confuso, cerco di trascrivere quello che ho capito, ndr)

Ricorda che l'angolo sternale/angolo di Lewis è circa 5cm al di sopra dell'atrio destro e che la pressione normale in atrio destro è 0.

Il paziente è disteso con il busto inclinato in avanti a 45°, cerco di individuare a che livello del collo vedo la giugulare. Misurando la distanza che c'è tra l'angolo sternale e una linea immaginaria che arriva dove vedete la giugulare e sommando questo valore ai 5cm (che è la distanza dell'angolo sternale dall'atrio destro), abbiamo grossomodo idea di quale sia la pressione venosa centrale.

Un altro modo di valutare la pressione venosa centrale è con il braccio: paziente in posizione semi-seduta, se abbassiamo il braccio al paziente e poi lo alziamo gradualmente le vene collabiscono di solito a livello dell'angolo del Lewis ovvero 5 cm al di sopra dell'atrio destro, se collabiscono ad una altezza maggiore la pressione è superiore a 5 cm.

Patologie che possono provocare turgore delle vene giugulari:

- Insufficienza cardiaca congestizia;
- Insufficienza tricuspide, legata ad esempio ad una ipertensione arteriosa polmonare;
- Tamponamento cardiaco, esempio per pericardite, per emopericardio in seguito ad un incidente/trauma importante;
- Embolia polmonare massiva;
- Ostruzione della cava superiore, come in seguito ad una invasione neoplastica;

- Pericardite costrittiva, ad esempio legata a complicanze di infezione tubercolare;
- Stenosi tricuspide, con a monte una dilatazione del atrio destro e alterazione del circolo polmonare.

STASI ACUTA: Trombosi venosa profonda, caratteristiche:

- Edema a valle
- Dolore profondo
- Dolorabilità alla pressione
- Segno di Homans, segno che si ha pinzettando e stringendo i polpacci, quindi il gastrocnemio. Oppure facendo contrarre il polpaccio flettendo il piede;
- Può esservi anche un cordoncino superficiale duro e arrossato che può far sospettare la presenza di una trombosi venosa.

STASI CRONICA: Insufficienza valvolare, trombosi:

- Edema duro, linfedema;
- Discromie cutanee;
- Ulcere da stasi;
- Manovre particolari, come la manovra di Trendelenburg per dimostrare un inadeguato scarico venoso.

Importante per la valutazione di trombosi venosa profonda è la **misurazione della circonferenza del polpaccio e della coscia**: esempio una trombosi a livello della femorale può causare un edema di tutta la gamba.

Valutare la presenza di varici.

In un paziente con stasi venosa si può avere edema grave, con discromia cutanea importante, temperatura normale o addirittura fredda, può esservi dolore, senso di pesantezza, stravasi di sangue con piccole emorragie che danno il colorito ambrato alla pelle, legato al deposito di ferro nel sottocute.

Possono essere presenti anche **ulcere trofiche**, sempre dovute a stasi venosa cronica.

DIFFERENZE tra edema venoso e il linfedema:

	LINFEDEMA	EDEMA VENOSO
Consistenza	Duro (senza fovea)	Molle (con fovea)
Localizzazione iniziale	Dorso del piede	Perimalleolare
Colore	Pallido	Cianotico
Temperatura	Normale o ridotta	Caldo se flebite
Dolore	Assente	Presente
Stato delle vene	Non visibili vene	Evidenti, anche con varicosità
Stato linfonodi regionali	Linfoadenomegalia	Normali, a meno che non siano presenti sovrainfezioni o ulcere
Ulcere	Assenti	Frequenti, soprattutto nel terzo inferiore della gamba, in regione perimalleolare

Nel linfedema se l'edema riguarda non solo la gamba, ma tutto l'arto, si parla di **elefantiasi o edema elefantiasico o edema colonnare** (gli arti inferiori assomigliano ad una colonna, con poca differenza tra diametro della coscia e quello della gamba).

Aspetti clinici delle ulcere VENOSE:

- di solito donne, spesso anziane;
- spesso storia di trombosi venosa profonda;

- possibile storia familiare di trombofilia;
- dolore presente anche se non molto grave e migliora tenendo gli arti sollevati;
- margini irregolari nel caso di ulcere trofiche;
- base rosa e granuleggiante;
- presenti vene varicose;
- temperatura calda;
- polso presente, quindi ci fa dire che la circolazione arteriosa comunque non è alterata;
- spesso presente edema con liquido di tipo trasudatizio o essudatizio se vi è stata sovrainfezione.

Aspetti clinici delle ulcere ARTERIOSE:

- colpiscono prevalentemente maschi;
- storia di malattie cardiovascolari;
- fattori di rischio tipici dell'aterosclerosi: diabete, ipertensione, fumo, dislipidemia;
- dolore intenso e grave: spesso il paziente deve assumere oppioidi per controllare il dolore a meno che non si tratta di un diabetico con neuropatia diabetica e in questo caso il dolore può essere inferiore;
- dolore compare a livello delle zone di pressione, dove ci può essere anche una ulteriore riduzione della circolazione;
- solitamente non hanno granulazione a differenza di quelle venose;
- necrotiche, grigiastre;
- fredde;
- generalmente il polso è assente.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 29/10/2013 (1)

Sbobbinate: Vera Pizzo

Professore: Claudio Lunardi

ESAME OBIETTIVO DEL CUORE

Partiamo con alcuni aspetti anamnestici di quelle che sono le manifestazioni di una patologia cardiaca:

- la dispnea è uno dei sintomi più importanti precoci. Dobbiamo considerare chiaramente, se pensiamo di avere davanti un paziente con problemi di tipo cardiologico, l'età, le abitudini di vita, la familiarità, problemi respiratori, peso del paziente, valutare se gli sforzi devono essere di una certa entità per portare a dispnea o se è presente anche a riposo o se si tratta di una dispnea parossistica notturna. Valutare se una forma asmatica può essere dovuta ad un problema cardiaco cronico, quindi se si possa trattare di un asma cardiaco. Infine valutare attentamente il peso del paziente, indagare se negli ultimi giorni ha ridotto la diuresi perché questo potrebbe essere indicativo di un iniziale scompenso cardiaco, quindi di un edema polmonare che poi può diventare acuto. (Abbiamo già parlato anche di questa classificazione NYHA).

- un altro sintomo importante è il dolore anginoso. Insorge di solito dopo sforzi fisici, dopo intense emozioni, esposizione al freddo. È un dolore retrosternale che nell'anamnesi bisogna precisare se si tratta di un dolore oppressivo-ostruttivo, se è un dolore che viene irradiato alla base della mandibola e alle spalle o al braccio sinistro, se è un dolore che, per esempio, è riferito anche posteriormente oppure a livello epigastrico perché questo è suggestivo per la regione cardiaca che è sede di ischemia. Vediamo che questo dolore anginoso che di solito compare dopo sforzi, esposizioni al freddo o forti emozioni può diventare un dolore anginoso di tipo instabile, cioè quando non ha più correlazione con eventi particolari e può venire anche a riposo. Chiaramente un dolore simil-anginoso deve sempre essere valutato per una diagnostica differenziale con il dolore toracico di altro tipo, un dolore retrosternale di altro tipo, un dolore esofageo o una dissecazione aortica. Valutare quindi i punti Valleix che sono i punti di emergenza dei rami perforanti dei nervi intercostali, negli spazi intercostali lungo la para-vertebrale, la linea ascellare media e la margino-sternale; quindi sono tre linee posteriormente, lateralmente e anteriormente e questi punti di Valleix possono essere indicativi di una nevralgia intercostale.

- un altro sintomo che può essere riferito da un paziente con problemi cardiaci è il cardiopalmo che è la sensazione di sentire il battito cardiaco con connotazione spiacevole. Questo normalmente c'è dopo sforzi fisici intensi oppure per emozioni intense. Tuttavia può essere anche indicativo di problemi aritmici come una tachicardia o una extrasistolia per cui deve essere sempre valutato attentamente.

- per sincope intendiamo un'improvvisa perdita di coscienza, è una cosa diversa dalla lipotimia dove invece ci sono tutti i sintomi prodromici di una perdita di coscienza ma questa non avviene. L'episodio sincopale può essere conseguente ad un'aritmia cardiaca di tipo ipocinetico o ipercinetico, può essere conseguente ad un'embolia polmonare o ad una ipertensione arteriosa polmonare oppure può essere conseguente ad una stenosi aortica; in alcuni casi può essere conseguente a ipersensibilità del seno carotideo, per esempio soggetti che portano un collo molto alto e rigido oppure chi deve usare un collare in seguito ad un trauma cervicale può avere una sincope per stimolazione del seno carotideo, quindi bradicardia e episodio sincopale.

Ci possono essere dei sintomi abbastanza generici e aspecifici come l'astenia e la facile stancabilità quindi questi possono essere indicativi di una riduzione della portata cardiaca, però possono anche essere conseguenti a tutta la situazione psicologica che vive il paziente dopo un evento cardiaco acuto, quindi dopo una sindrome coronarica acuta, un infarto del miocardio, la sensazione di non poter più condurre una vita normale come prima può indurre una depressione importante e quindi dare questi sintomi abbastanza aspecifici.

- la cianosi può essere anch'essa uno dei segni di cardiopatia ed è uno dei principali reperti obiettivi nelle cardiopatie congenite in cui ci sia uno shunt destro-sinistro, ma è anche presente in numerose pneumopatie. Deve esserci una quantità di emoglobina ridotta superiore ai 4-5 gr/dl.

La cianosi peggiora durante l'esercizio fisico, se parliamo di cianosi centrale, tuttavia ci può essere una cianosi periferica che è legata ad una stasi periferica dovuta ad un'aumentata estrazione di ossigeno a livello tissutale qualora vi sia un'insufficienza cardiaca, soprattutto un'insufficienza del cuore destro.

- edemi (abbiamo parlato ieri di edemi di origine venosa, di linfedemi ma chiaramente gli edemi possono avere anche un'origine cardiaca) sono un segno frequente di insufficienza cardiaca. Spesso un edema polmonare acuto è preceduto da edemi periferici o edemi declivi. Questi edemi possono essere di entità variabile e si accompagnano ad una riduzione della diuresi; il paziente di solito quando entra per un edema polmonare acuto racconta che negli ultimi giorni ha notato una diminuzione della diuresi e un aumento degli edemi agli arti inferiori, se è un paziente che cammina ovviamente, e generalmente viene nicturia in quando durante la notte generalmente si sta stesi e vi è un aumento di riassorbimento di questi liquidi dai tessuti e quindi il paziente deve alzarsi a volte anche ogni ora per andare a urinare.

L'esame obiettivo del cuore parte (non dall'aria cardiaca) dalla valutazione del polso radiale, quindi frequenza, caratteristiche del polso e dalla valutazione della pressione arteriosa omerale.

Misurazione pressione arteriosa

Va sempre valutata la situazione ambientale, quindi le condizioni in cui misurate la pressione, se siete in ambulatorio oppure il paziente arriva trafelato perché è in ritardo alla visita, sicuramente se non aspettate troverete una pressione elevata, oppure ancora se misurate la pressione al vicino di letto di uno che è appena stato male potrete trovare una pressione elevata. Quindi valutare sempre la situazione ambientale. È buona norma misurare con la palpazione del polso radiale la pressione sistolica e quindi auscultare sia la pressione sistolica che diastolica valutando appunto i toni che voi auscultate con lo stetoscopio. Evitare sempre di mettere la campana del fonendoscopio sotto il bracciale perché vi dà una misurazione alterata della pressione, quindi mettere sempre il bracciale in una posizione abbastanza alta in modo che possiate avere libera la campana del fonendoscopio.

La pressione si misura al braccio sinistro a meno che non vi siano delle motivazioni particolari per cui il paziente sta facendo infusioni o ha problemi a quel braccio e quindi per forza va usato il braccio destro. Comunque se uno deve misurare la pressione a livello di un solo braccio si usa il sinistro, ma è buona norma misurarla ad entrambe le braccia, lasciando libera la piega del braccio.

Si identifica il polso brachiale con la palpazione perché lì va appoggiata la campana del fonendoscopio. Si insuffla finché non si sente più il polso e quindi si sgonfia il bracciale lentamente fino a quando compare il suono udibile che è la pressione sistolica e poi quando scompare è la pressione diastolica. Ci possono essere delle situazioni in cui il polso non scompare ma c'è un cambiamento, quella comunque è la pressione diastolica; quindi a volte in alcuni soggetti soprattutto con vasculosclerosi può essere difficile arrivare a valutare la diastolica aspettando che scompaiano del tutto i toni ma ci può essere una variazione notevole del tono e quella è di solito la pressione diastolica.

Si può tentare di rivalutare la pressione però non va mai rivalutata più volte nello stesso braccio perché comunque verrebbe alterata alle misurazioni successive. È importante nel corso di una visita fare almeno tre misurazioni se ovviamente la prima volta la pressione viene rilevata alterata, valutare che ci può sempre essere un effetto ambientale (il fatto che il paziente sia in ospedale che veda uno sconosciuto magari la prima volta in camice bianco). Casomai è sempre opportuno farsi fare un diario della rilevazione della pressione a domicilio.

Tenete presente che di solito la pressione misurata dall'infermiera è inferiore a quella misurata dal medico. Se, nonostante tutte queste precauzioni, la pressione persiste a valori elevati o comunque a valori borderline è opportuno fare il monitoraggio per 24 ore che si definisce Holter pressorio.

Le variazioni fisiologiche della pressione sono legate allo stato di ansia, di stress, allo sforzo fisico, possono essere legate alla temperatura ambientale, se c'è caldo d'estate tende ad esserci una vasodilatazione maggiore quindi una ipotensione; può essere legata anche alle variazioni della postura per cui è buona norma in chi ha crisi lipotimiche misurare la pressione disteso e una

volta in posizione ortostatica aspettando circa 5 minuti perché ci sia un adattamento della pressione.

Quindi potete rilevare una ipertensione arteriosa o una ipotensione arteriosa a seconda delle situazioni, potete rilevare una elevata pressione differenziale tra la massima e la minima, sistolica e diastolica, in alcuni casi come per esempio nell'aterosclerosi in cui vi è un'abnorme rigidità dei vasi oppure nell'ipertiroidismo. Quindi nel caso vi sia una elevata pressione differenziale bisogna pensare a queste due possibilità.

Una pressione 120/80 è considerata normale, 130/90 borderline e se la pressione è superiore a questi valori si inizia a parlare di ipertensione arteriosa; 140/90 sono livelli di ipertensione moderata che va valutata con una registrazione 24 ore per vedere se è necessario instaurare una terapia. Prima di instaurare una terapia sono consigliabili modificazioni dello stile di vita come: dieta iposodica, esercizio fisico, eliminare liquirizia e caffè, fumo di sigaretta, riduzione di peso,...

Generalmente si dà molta importanza alla minima, se è superiore a 90 si deve stare in allerta.

Ispezione della regione precordiale

valutare le deformazioni dello scheletro toracico (petto carenato, petto escavato)

valutare se è presente una bozza precordiale (può succedere nei bambini rachitici)

valutare la forma del torace (torace a botte è indicativo di un problema polmonare e, di conseguenza, anche di un problema cardiaco)

valutare se ci sono alterazioni della sede e dell'impulso dell'itto di punta (perché con l'ispezione la prima cosa che si deve andare a vedere, a parte alterazione della regione precordiale, è valutare l'itto di punta, perché è da lì che si parte con la semeiotica dell'esame obiettivo del cuore)

L'itto cardiaco è una pulsazione sistolica, che si vede di solito in soggetti molto magri, che corrisponde all'apice del cuore. Ci sono delle situazioni in cui questo non è visibile anche se il soggetto è molto magro quando, per esempio, l'itto di punta si trova dietro la V costola.

Quindi valutare l'aspetto della regione, valutare la sede e i caratteri dell'itto di punta ed eventuale presenza di pulsazioni abnormi nella regione precordiale.

sede dell'itto

L'itto di punta generalmente si vede in V spazio intercostale a sinistra, 1 cm all'interno della linea emiclavare. Talora non è visibile perché si trova dietro la V costola, perché il soggetto è obeso o è palestrato e quindi presenta dei muscoli pettorali ipertrofici; nella donna è difficile rilevarlo per la presenza delle ghiandole mammarie. Ci sono delle varianti fisiologiche che sono legate alla costituzione fisica, se un soggetto è longilineo oppure se è macrosplancnico ci può essere uno spostamento dell'itto di punta. Chiaramente un soggetto può essere anche molto magro ma se ha un torace a botte oppure è presente una pericardite o miocardite l'itto di punta non è visibile.

Quando si fa l'ispezione dell'aia cardiaca deve essere valutato anche il collo, quindi valutare se è presente un turgore delle giugulari, se è presente una pulsazione anomala al giugulo per un aneurisma o un'ectasia dell'arco aortico, ci sono delle manovre per valutare se questo è presente, e valutare poi se ci sono noduli tiroidei voluminosi o un gozzo importante che può essere segno di un morbo di Basedow quindi di ipertiroidismo, quindi ci può essere una patologia cardiaca legata a questo problema.

PALPAZIONE:

Una volta ispezionata l'aia cardiaca e il collo si passa alla palpazione che serve per andare a cercare l'itto di punta se non lo vedete. Quindi usate i polpastrelli delle vostre dita e andate a cercare il V spazio intercostale grossomodo 1 cm o 2 all'interno, se il soggetto è normale, dell'emiclavare se sentite l'itto di punta, queste pulsazioni molto evidenti; è chiaro che può essere spostato nel caso in cui ci sia ipertrofia del cuore destro o del cuore sinistro oppure qualche patologia cardiaca.

Valutare se ci sono delle pulsazioni in sede abnorme, questi segni di Oliver e di Cardarelli che sono dei segni che fanno sospettare la presenza di un aneurisma dell'arco aortico.

Segno di Oliver: si prende tra pollice e indice la cartilagine tiroidea a collo esteso si tira in alto, tirando in alto se è presente un aneurisma dell'arco aortico voi sentirete una pulsazione dall'alto verso il basso che può essere paragonata ad un soffio.

Segno di Cardarelli: si prende la cartilagine tiroidea e si sposta verso sinistra e voi sentirete una pulsazione che va da destra verso sinistra.

Questi sono due segni che fanno sospettare la presenza di un aneurisma dell'arco aortico.

La palpazione, mettendo a piatto la vostra mano sull'aia cardiaca, serve per valutare la presenza di eventuali fremiti, sfregamenti o urti valvolari che corrispondono alla presenza di soffi (che chiaramente devono essere di una certa entità perché voi possiate sentirli alla palpazione) oppure di rinforzi di toni. Sull'esame obiettivo si scriverà: alla palpazione itto di punta delimitabile in V spazio intercostale 1-2 cm all'interno dell'emiclavare, non fremiti, né urti valvolari (questo per un esame obiettivo normale alla palpazione).

Chiaramente è importante valutare anche se è presente dolorabilità perché in quella zona ci sono i punti di Valleix e perché ci possono essere problemi di tipo nevralgico o come nella fibromialgia in cui andare a palpare qualsiasi zona può essere causa di dolore.

I fremiti corrispondono al reperto auscultatorio del soffio, se ci sono sfregamenti che possono corrispondere ad una pericardite secca, sfregamenti pericardici, se c'è una accentuazione dell'itto come nell'ipertrofia del ventricolo sinistro.

La palpazione può essere fatta o con i vostri polpastrelli messi nello spazio intercostale oppure usando il lato radiale dell'indice. A seconda delle situazioni patologiche l'itto di punta si modifica e quindi può essere più all'interno di 1 cm dell'emiclavare nell'ipertrofia ventricolare destra o essere addirittura quasi a livello dell'ascellare anteriore nel caso di una ipertrofia ventricolare sinistra. Può essere ancora più spostato nel caso di una cardiomiopatia dilatativa e nel caso di una pericardite non si trova l'itto di punta.

PERCUSSIONE:

Quindi si passa ad una delle manovre più difficili insieme a quella della delimitazione del polo superiore della milza (viene fatta con la percussione partendo dalla mamillare II spazio intercostale scendendo lungo l'ascellare media e si trova generalmente in VIII-IX spazio intercostale sull'ascellare media); la delimitazione con la percussione dell'aia cardiaca viene fatta dopo aver delimitato l'itto, se possibile, e se uno è proprio bravo è in grado di delimitare l'aia di ottusità assoluta e l'aia di ottusità relativa quindi la parte non ricoperta dal polmone e la parte relativa che invece è ricoperta dal polmone.

La percussione viene fatta perpendicolarmente a quello che è il margine cardiaco e quindi partendo dal II spazio intercostale da una regione che è delimitata superiormente dalla clavicola, lateralmente dal deltoide e inferiormente dal muscolo pettorale che si chiama fossetta del Mohrenheim.

Da lì si parte per la percussione, prima del peduncolo cardiaco e della base del cuore, successivamente verso l'itto di punta.

Chiaramente si presuppone che voi abbiate già fatto la percussione della cupola epatica e abbiate già delimitato l'angolo epatocardiaco che deve essere retto.

Ordine per la percussione cardiaca:

valutare la sede dell'itto

delimitare l'angolo epatocardiaco

delimitare l'aia cardiaca con una percussione raggiata che va in parallelo o perpendicolare (basta intendersi) verso quello che è il margine del cuore in quella zona che voi andate a percuotere

Angolo epatocardiaco: si delimita sulla emiclaveare il margine superiore del fegato e quindi dall'emiclaveare ci si dirige verso la margino-sternale partendo dal secondo spazio, terzo spazio quarto spazio e si delimita questo angolo che è generalmente retto ma può essere acuto o ottuso se vi sono problemi cardiaci.

La percussione dell'aia cardiaca parte dal secondo spazio intercostale col vostro dito che funziona da plessimetro e vi spostate verso l'aia cardiaca e sentite che il suono plessico chiaro polmonare diventa prima un suono ipofonetico e poi un suono francamente ottuso nell'area di ottusità assoluta.

AUSCULTAZIONE:

E' la manovra semeiologica più importante. Ci sono i toni cardiaci fisiologici e toni patologici. I focolai di auscultazione delle valvole cardiache non sono focolai anatomici ma è dove noi andiamo ad auscultare e dove i toni ed eventualmente i soffi, se fossero presenti, vengono trasmessi meglio a livello della superficie toracica.

Focolai di auscultazione:

valvola mitrale → focolaio mitralico a livello dell'itto di punta

valvola tricuspide → focolaio della tricuspide è a livello del quarto spazio intercostale sulla margino-sternale destra o sinistra a seconda della condizione ma generalmente si auscultava bene da entrambe le parti

polmonare → secondo spazio intercostale para-sternale di sinistra

aorta → stessa sede della polmonare ma a destra

focolaio di Hebb, definito centro del cuore, dove si possono auscultare dei soffi legati per esempio a pervietà del setto interatriale o interventricolare, e questo si trova sul terzo spazio intercostale a sinistra sulla parasternale

I toni cardiaci sono generati da una serie di componenti, quindi abbiamo un primo tono un secondo tono, tra il primo e il secondo tono c'è una piccola pausa che può variare a seconda del ritmo cardiaco e quindi ci possono essere dei toni che generalmente non sono auscultabili ma che in situazioni patologiche lo diventano e danno il cosiddetto ritmo di galoppo e quindi poi si riparte dal primo tono; quindi tra primo e secondo tono la sistole piccola pausa tra il secondo tono e il primo la diastole grande pausa.

primo tono

piccola pausa - sistole

secondo tono

grande pausa - diastole

Le componenti che danno origine al primo tono abbastanza forte sono:

componente valvolare data dalla chiusura della mitrale e della tricuspide

componente miocardica data dalla contrazione isovolumetrica del ventricolo

vibrazioni da eiezioni in aorta e arteria polmonare

passaggio del sangue in aorta e in arteria polmonare

Queste quattro componenti sono quelle che danno origine al primo tono che risulta essere un tono abbastanza prolungato, mentre il secondo tono è molto più breve tanto che viene paragonato a un ta. Tra le quattro componenti quella maggiore è la componente valvolare.

Il secondo tono è originato dalla chiusura delle valvole aortiche e polmonari, quindi c'è la

componente aortica e la componente polmonare; generalmente voi non distinguate queste due componenti però in alcuni casi si può sentire uno sdoppiamento del secondo tono anche fisiologicamente.

C'è un terzo tono o protodiastolico ventricolare che è dato dalle vibrazioni del riempimento rapido ventricolare all'inizio della diastole. Questo tono diventa importante quando, per esempio, il muscolo del ventricolo sinistro non riesce ad adeguarsi in maniera graduale all'entrata del sangue e quindi viene messa in vibrazione maggiormente la parete del ventricolo e questo dà origine ad un ritmo di galoppo a tre tempi, un galoppo protodiastolico ventricolare, come per esempio nelle miocarditi, in questo caso potete avere questo terzo tono aggiunto protodiastolico che dà un ritmo di galoppo.

Vi può essere un ritmo di galoppo a quattro tempi che è il vero e proprio ritmo di galoppo che è dato dalla sistole atriale quindi è un quarto tono telediastolico atriale e anche questo è legato ad un problema di anelasticità, per esempio, quando c'è un'ipertrofia spiccata della parete ventricolare, la sistole striale, che normalmente non si sente, dà origine a questo tono aggiunto quindi un tono telediastolico.

Il primo e il secondo tono sono percepiti in condizioni normali, il terzo e il quarto normalmente non si sentono, possono essere

reperiti con elettrocardiogramma con color doppler. Il terzo può essere percepito fisiologicamente nel bambino e nel giovane adulto.

Nell'esame obiettivo, per toni cardiaci percepite bene e senza alcuna alterazione, si scrive: toni puri e validi. Se invece non li sentite bene perché c'è una pericardite quindi un versamento pericardico oppure c'è un edema delle valvole come succede nel reumatismo articolare acuto quindi in una endocardite post streptococcica, i toni possono diventare parafonici. Oltre che in situazioni patologiche cardiache, i toni parafonici si possono trovare anche in situazioni patologiche dell'apparato respiratorio come nell'enfisema oppure normalmente in un soggetto obeso o in un soggetto palestrato con masse muscolari importanti in cui i toni possono sentirsi meno bene di quanto avviene normalmente.

(toni parafonici:

patologie cardiache

patologie polmonari

condizioni fisiologiche)

La pausa fra il primo e il secondo tono o sistole è una pausa breve, tra il secondo e il primo diastole la pausa è più lunga, questa varia a seconda del ritmo per cui nella bradicardia voi avrete una diastole che è molto più lunga della sistole, il contrario succede nella tachicardia in cui la

diastole diventa quasi più breve della sistole.

L'intensità del primo tono è maggiore di quella del secondo, si ausculta meglio sui focolai della mitrale e della tricuspide, infatti la parte valvolare del primo tono è la più importante, è costituito da un suono un po' più lungo rispetto a quello che costituisce il secondo tono.

Il secondo tono si ausculta meglio sui focolai della base, il secondo tono ha infatti una componente aortica e polmonare, ha una durata più breve del primo tono (infatti il primo tono ha quattro componenti); la durata può essere prolungata fino a sdoppiamento in inspirazione forzata in quanto c'è un aumento della pressione intratoracica quindi vi è uno sdoppiamento della componente valvolare polmonare e aortica.

rumori cardiaci

Nel normale esame obiettivo: toni puri validi e pause libere. Ci possono essere dei rumori patologici quindi dei soffi e questi sono generati di solito da problemi valvolari quindi sono dei rumori ad origine endocardica. Ci sono poi dei rumori che si originano invece al di fuori del cuore come gli sfregamenti pericardici che generalmente sono presenti nella pericardite secca oppure quando ci sono gli esiti di una pregressa pericardite o di pericardite recidiva.

I soffi possono essere:

sistolici, quando sono presenti tra il primo tono e il secondo tono

diastolici, tra il secondo e il primo tono

I soffi sistolici possono anche essere funzionali, quindi potete modificare un soffio facendo fare un inspirio profondo, facendo spiare profondamente il paziente lasciandolo senza respirare per qualche momento e questi soffi si modificano di solito, sono soffi funzionali che sono presenti nel bambino ma anche nel giovane adulto.

I soffi diastolici sono sempre di origine organica (legati a lesioni anatomiche persistenti del cuore, vizi valvolari).

A seconda del momento della sistole e della diastole in cui è presente il soffio esso si definisce sono soffi polisistolico o polidiastolico, se è presente durante lungo tutto l'arco della sistole o della diastole, ma possono esserci anche soffi protosistolici, protodiastolici, mesosistolici, mesodiastolici,... soffio protosistolico con rinforzo telesistolico a seconda di quanto è questo soffio e di come si dispone.

Generalmente i soffi sono:

da rigurgito

da eiezione

Il soffio da rigurgito si ha nella condizione di insufficienza valvolare in cui siccome la valvola non riesce a chiudersi perfettamente il sangue torna indietro, per esempio nell'insufficienza aortica il sangue torna al ventricolo sinistro.

Il soffio da eiezione invece è dato da una stenosi valvolare quindi nel momento in cui si ha contrazione soprattutto del ventricolo sinistro, siccome la valvola non riesce ad aprirsi del tutto correttamente, si sente un soffio.

I soffi possono essere classificati a seconda della loro intensità da 1/6 a 6/6:

1/6 si sente appena appena in silenzio assoluto

2/6 si sente abbastanza bene

3/6 è quello che si ausculta bene e che si sente più comunemente

4/6 è molto evidente

5/6 non serve neanche appoggiare il fonendo sul torace del paziente perché lo sentite già

6/6 (racconta la favola che si sente entrando nella stanza)

Quello che normalmente si sente e tra i 2 e i 4/6.

Se lei auscultasse un soffio 3/6 da rigurgito sul focolaio dell'aorta cosa penserebbe?

Insufficienza aortica, quindi sarebbe durante la diastole quando la pressione aortica è superiore alla pressione ventricolare.

Pensa che sia irradiato questo soffio? Da rigurgito quindi lungo il ventricolo, torna indietro.

Mentre se fosse un soffio da eiezione sulla mitrale?

Da stenosi della mitrale ed è diastolico perché durante la sistole atriale.

La propagazione del soffio è un punto che segue un po' il corso della corrente che lo origina. Una dilatazione a livello carotideo corrisponde a soffi da eiezione sul focolaio aortico da stenosi aortica e questo può dare dilatazione del collo.

Ci sono rumori da eiezione protosistolici che sono proprio all'inizio della sistole e coincidono con l'apertura delle valvole semilunari. E' tipico quello che viene definito click di eiezione della valvola mitrale perché è tipico di uno dei vizi valvolari

mitralici più frequenti, che di solito è ad andamento familiare e colpisce soprattutto le donne, che è il prollasso della valvola mitrale e che può dare origine ad extrasistoli o a dolore precordiale.

Questo click protosistolico può essere presente anche sul focolaio aortico, che non varia con il respiro (alcuni soffi variano con il respiro e si tratta di soffi funzionali), può essere dovuto ad una dilatazione aortica oppure polmonare e in questo caso può diminuire in inspirio ed è legato a una situazione come per esempio l'ipertensione polmonare o ad una stenosi polmonare.

Ci possono essere dei toni che possono essere aggiunti in fase di diastole.

Il galoppo ventricolare è durante la fase di riempimento rapido ventricolare, è più tardivo rispetto allo schiocco di apertura, ha una tonalità bassa, fonda e si sente abbastanza bene sul focolaio della mitrale e generalmente è legato ad un sovraccarico di volume ventricolare.

Il galoppo atriale è in telediastole ed è legato ad alterazioni della parete muscolare del ventricolo. Questo generalmente può essere legato ad una stenosi aortica, cardiopatia ischemica o ipertensiva e si apprezza meglio all'apice in decubito laterale sinistro.

Il galoppo a quattro toni è abbastanza raro, è indicativo di una cardiopatia grave ed è dato dalla comparsa di questi due toni in fase diastolica.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 4/11/2013 (1)

Lezione di SEMEIOTICA MEDICA DEL 4/11/2013

Prof: De Franceschi

Sbobbatore: Francesca Nalin

Revisore: Giacomo Brocoli

Cosa significa per noi "METODO"?

- Ordine
- Procedura
- Guida
- Ragionamento
- Sistema
- Modalità

Qual è il RISULTATO dell'applicazione di un metodo?

- L'obiettivo sperato
- Una valutazione
- Dei dati, delle nozioni
- Una descrizione

Dallo studio della Filosofia, si evidenzia che un "Metodo" nasce dall'OSSERVAZIONE di un fenomeno, da cui si arriva a delle IPOTESI e poi a delle CONCLUSIONI.

Il compito del docente è quello di proporre una METODOLOGIA (quindi un modo di affrontare le problematiche del paziente ammalato tramite dei segni e dei sintomi) per arrivare a formulare delle ipotesi diagnostiche e quindi delle proposte terapeutiche. Dobbiamo quindi essere aperti ad affrontare una metodologia clinica attraverso una strategia che nasce da una evoluzione.

Per questo motivo useremo nella metodologia quella che viene definita "ORIENTED INVESTIGATION" o "STRATEGIA IPOTETICO-DEDUTTIVA", ossia la possibilità di formulare delle ipotesi di tipo diagnostico sulla base di dati anamnestici (segni e sintomi) raccolti grazie alla relazione instaurata col paziente. Un bravo medico, un bravo diagnosta che sa utilizzare al meglio il metodo diagnostico, ha almeno 2 ipotesi; esami di laboratorio, esami radiologici ed esami complementari servono solo per confermare le nostre ipotesi. La diagnosi va ipotizzata esclusivamente sull'esame obiettivo e sull'anamnesi del paziente.

Ad esempio: un paziente si presenta con un problema di EMOTTISI; questa può essere dovuta a numerose cause, che rappresentano le diverse possibili ipotesi, ognuna con una maggiore o minore probabilità di essere il reale motivo eziologico.

Quindi nella pratica clinica i tre tempi dell'esame obiettivo sono rappresentati:

- 1- dalla Raccolta Anamnestica, ossia le informazioni che derivano dal paziente e dai familiari
- 2- dall'Esame Obiettivo, ossia i sintomi e i segni, che rappresentano rispettivamente gli elementi soggettivi ed oggettivi
- 3- dagli Esami Complementari

Questo non vuol dire che gli esami debbano essere tralasciati, ma al contrario, che vanno eseguiti sulla base di un'ipotesi in cui la variazione che cerco nell'esame, è già stata da noi identificata.

Esempio: facciamo un'ecografia per analizzare l'anomalia che secondo la nostra ipotesi spiega i segni e sintomi del paziente.

Per cui quello che dobbiamo fare nella pratica quotidiana è quello di:

- 1- formulare delle ipotesi diagnostiche, sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo
- 2- pianificare una strategia, che può essere la verifica dell'ipotesi diagnostica attraverso l'esame di approfondimento
- 3- proporre al paziente e all'equipe il tipo di intervento, che può essere diagnostico o terapeutico.

L'ESAME OBIETTIVO da condurre può essere diviso in due tipologie:

- **Completo**: in cui visitiamo il paziente dalla radice dei capelli alla punta dei piedi, ed è quello che si effettua la prima volta che si vede un paziente;
- **Parziale**, che può essere sostenuto o da una NECESSITA'/URGENZA (ad esempio verificare la pervietà delle vie respiratorie per vedere se il paziente respira, la funzione cardiaca con presenza o meno di polso periferico, la responsività del paziente a stimoli verbali e non per l'integrità del SNC), oppure da SINTOMI SPECIFICI DISTRETTUALI. Questa tipologia viene utilizzata prevalentemente nel follow up di pazienti dimessi dopo un ricovero, oppure nel caso di pazienti seguiti a livello ambulatoriale.

Naturalmente la raccolta dell'anamnesi indica la presenza di due elementi ugualmente protagonisti:

- Il PAZIENTE, colui che si esprime
- Il MEDICO, colui che raccoglie le informazioni.

Tale movimento di informazioni non è di tipo passivo, perché i processi di acquisizione sono bidirezionali: il paziente ci racconta qualcosa della propria storia, noi raccogliamo le informazioni però queste ultime ci aprono delle altre domande.

Esempio: un paziente arriva con DISPNEA, raccogliamo l'anamnesi e scopriamo che questa è comparsa 4 giorni prima.

Chiaramente le domande non si fermano lì; poniamo altri quesiti (Questa è la seconda volta quindi? C'erano dei sintomi che accompagnavano la dispnea?) al quale il paziente risponde, divenendo il nuovo protagonista di questa relazione.

Quando raccogliamo l'anamnesi non dobbiamo dimenticare che il paziente vive all'interno di una rete di relazioni, che possono essere di tipo personale-familiare oppure di tipo lavorativo; quindi relazionarsi ad un paziente di 30 anni è molto diverso dal relazionarsi con uno di 90 anni, perché i disordini delle due età sono diverse, così come lo sono le reti familiari alle spalle. Così come diverse sono le conseguenze della malattia (interruzione degli studi/ del lavoro/ delle relazioni personali) e la percezione della stessa.

Per questo motivo è sempre molto importante ricordare la bi-direzionalità del processo di comunicazione medico-paziente, dobbiamo dimenticare l'approccio paternalistico per instaurare un rapporto che ci conduca ad una alleanza terapeutica, per far comprendere al paziente quello che sta accadendo e mediare i nostri atti, come l'esame obiettivo, la proposta diagnostica e la proposta terapeutica.

Quali sono i fattori influenzanti il processo di comunicazione?

- Fattori biologici (coma, trauma immobilizzante, ischemia cerebrale, difficoltà respiratorie, scompenso cardiaco)
- Fattori psicologici, legati al vissuto del paziente (malato cronico, altre esperienze di malattia,..)
- Fattori socio-culturali (studente, lavoratore, madre, anziano, straniero)

Dobbiamo quindi essere aperti all'ascolto, privandoci di tutti quei pregiudizi culturali e sociali che ostacolano il processo diagnostico e terapeutico.

Il paziente, inoltre, ci racconta delle cose tramite linguaggi non verbali che ci parlano del suo stato di salute, intendendo sia la componente psicologica-sociale che quella biologica. Tali comportamenti possono essere:

- silenzi (di riflessione, di "resistenza" alla malattia, mancanza di argomenti)
- tono della voce
- pause
- modalità di stare seduti o sdraiati
- modalità di relazione con il congiunto presente alla visita

Tali comportamenti vanno sempre tenuti presenti perché fanno parte di tutto quello che è "metodo" nella raccolta delle informazioni di tipo anamnestico.

L'interpretazione del comportamento non verbale prevede un'attenzione all' "uomo", inteso come persona a cui dobbiamo dare delle risposte mediche ma anche come soggetto protagonista di questa alleanza

Esempio: un paziente viene da voi e lamenta un dolore, che supponiamo addominale ai quadranti superiori; gli chiediamo le modalità di comparsa del dolore ma, al momento stesso, notiamo che nel momento in cui il paziente cambia posizione ed è seduto, contrae i muscoli del viso. Lo visitate, e quando gli appoggiate la mano sulla pancia, non lamenta dolore ma contrae nuovamente i muscoli del viso. Che informazioni ricaviamo?

- 1- Che il dolore provato modifica profondamente la sua qualità di vita (fa fatica addirittura a stare seduto)
- 2- La quota dolore che il paziente esprime non verbalmente, corrisponde comunque ad uno stato di patologia

Come facciamo ad interpretare il comportamento non verbale? Lo facciamo nel momento in cui c'è una corrispondenza tra il linguaggio verbale e il linguaggio non verbale, come nel caso esposto prima.

Nell'instaurazione di un rapporto medico-paziente, dobbiamo quindi tenere sempre presente 3 principi fondamentali:

- 1- NEUTRALITA' (astensione/sospensione da giudizi che possano influenzare la nostra lucidità)
- 2- CIRCOLARITA' (rapporto di reciprocità nella raccolta delle informazioni tra medico e paziente)
- 3- FORMULAZIONE DI IPOTESI

Esempio: si reca da noi un paziente fumatore con tosse produttiva, e durante l'esame obiettivo il medico rileva la presenza di ronchi alla base polmonare destra. Simuliamo quindi un colloquio:

M: E' il primo episodio di tosse produttiva?

P: Sì mi capita di avere tosse la mattina appena mi sveglio

M: Ma fuma per caso? Se sì, quanto?

P: Beh si faccio un lavoro particolarmente stressante, fumo in media 20-30 sigarette al giorno

M: Sarebbe meglio che smettesse di fumare

M: Ci ho provato ma non ci riesco

M: Ci sono dei metodi di supporto per provare a fumare di meno

Questo per dimostrare che se il paziente ammette di fumare, non possiamo rispondere sottolineando il rischio di tumore al polmone, di fibrosi polmonare, ecc..

Quindi i nostri punti di partenza sono:

- i dati anamnestici e quelli provenienti dai racconti del paziente
- i dati dell'esame obiettivo
- la formulazione di una ipotesi diagnostica
- la conferma con esami complementari, che mi aiutino anche ad instaurare una terapia

Riassumendo, ci sono due estremi:

-la CERTEZZA, ossia le ipotesi che hanno maggiore possibilità di essere vere perché più vicine ai sintomi

-l'IMPOSSIBILITA', quelle che quasi sicuramente non sono vere

Abbiamo poi 3 domini:

- un dominio dell'ESCLUSIONE, cioè tra le ipotesi che formuliamo, quelle che sono più possibili;
- un dominio di INVESTIGAZIONE, che corrisponde al momento in cui andiamo ad approfondire con esami complementari le nostre ipotesi;
- un dominio d'AZIONE, che corrisponde al percorso terapeutico con cui accompagniamo il paziente nelle fasi successive.

Quando formuliamo della ipotesi, possiamo ragionare attraverso diverse strategie:

- 1- RICONOSCIMENTO DEL QUADRO SINDROMICO, ad esempio un paziente con pallore della cute e delle mucose, tachicardia, astenia, ipotensione potrebbe avere un'anemia oppure una malattia cardiovascolare;
- 2- ALGORITMI E DATI EPIDEMIOLOGICI : dolore toracico in un uomo di più di 40 anni ci fa pensare in primo luogo ad una patologia cardiaca (se invece fosse una donna dovremmo considerare prima altre cause)

NB: il limite di queste strategia è la mancata considerazione del paziente in modo olistico, trascurando il fatto che non tutti i pazienti hanno le stesse manifestazioni sintomatologiche.

3- INVENTARIALE, quella proposta da libri e tabelle in cui ci sono elenchi contenenti tutte le possibili cause di una patologia

4- STRATEGIA IPOTETICO-DEDUTTIVA (ORIENTED INVESTIGATION), in cui dobbiamo conoscere le malattie, i sintomi e i segni attraverso le prime 3 strategie, ma alla fine quando ci indirizziamo verso una ipotesi che ci conduce al processo diagnostico dobbiamo trovare gli argomenti (almeno 2) a favore della nostra ipotesi e scartare quelli contrari, per poi approfondire quelli che sono a favore.

Per questo motivo è un metodo IPOTETICO, in cui formuliamo delle ipotesi, e DEDUTTIVO, che si basa su delle informazioni ottenute dal paziente ma anche su elementi della nostra conoscenza.

Quindi prima identifichiamo gli elementi a favore o a sfavore, e quando superano la soglia decisionale identifichiamo il percorso diagnostico terapeutico con gli esami complementari da eseguire. Questo implica che dobbiamo conoscere anche le malattie più rare, e quanto più una malattia è rara, tanti di più devono essere gli elementi a favore.

Giochiamo ai dottori: **CASO CLINICO**

Un donna caucasica, di 64 anni, giunge alla nostra osservazione con febbre continua da 2 giorni, accompagnata da tosse secca e dolore toracico prevalentemente a livello anteriore, esacerbato durante i respiri profondi, e associato, nei giorni precedenti, a dispnea.

ANAMNESI PATOLOGICA

Donna in buona salute, ci riferisce di aver avuto due parti naturali all'età di 25 e 30 anni, senza complicanze di rilievo; nell'ultimo anno ha avuto vari episodi di tosse secca, alle volte accompagnati da febbre (37,5-38°) della durata di 2-3 giorni, che sono stati trattati dal medico curante con terapia antibiotica (amoxicillina + acido clavulanico).

Elementi rilevanti:

- Età del paziente;
- Febbre e tosse secca in più episodi, apparentemente autolimitanti o trattati con antibiotici

ANAMNESI FAMILIARE

Il padre è deceduto a 48 anni per un incidente causato da un pirata della strada; la madre ha 88 anni, soffre di Alzheimer ed è gestita presso una struttura. Non ha fratelli né sorelle, ha due figli in buona salute.

ANAMNESI FISIOLOGICA

E' complessivamente in buona salute, in menopausa dall'età di 49 anni; attualmente in pensione, ha lavorato presso un ufficio postale, fuma 15-20 sigarette al giorno, segue una dieta mista (carne, pesce, verdura, frutta), beve 1-2 caffè al giorno e 1-2 bicchieri di vino al giorno, non beve super alcolici.

Elementi rilevanti:

- Fuma
- Possibili infezioni contratte durante il suo lavoro, che prevedeva il contatto con molte persone

ESAME OBIETTIVO

-La paziente è sofferente

-PAO di 120/80 quindi è normotesa, una frequenza normale di 90/R, 20 atti respiratori al minuto, T=39°C, saturazione 87%

-Cute calda, cianosi labiale, non edemi declivi

-Al torace troviamo rari crepitii alla base polmonare destra con grossolani ronchi al campo medio

-Il cuore ha toni parafonici tachicardici, con pause libere

-L'addome è trattabile, la peristalsi presente, assenza di epatosplenomegalia

Elementi rilevanti:

- Bassa saturazione, coerente con aumento della frequenza respiratoria e cianosi labiale;
- Febbre e quindi cute calda;
- Rumori aggiunti a livello polmonare (prevalentemente di tipo espiratori e monolaterali a destra);
- Storia di episodi simili

Analizziamo i vari elementi singolarmente.

FEBBRE, osservata da cute calda e umida.

Alla paziente domandiamo:

- Da quando ha la febbre?
- Come se ne è accorta?
- Sono presenti brividi prima o durante?

Ci interessano queste domande perché ci conducono ad acquisire degli elementi che ci serviranno come argomenti a favore delle varie ipotesi che poi andremo ad esporre; possiamo infatti pensare ad una febbre **INFETTIVA**, sostenuta da microrganismi quali batteri o virus, o una febbre **SISTEMICA**, in cui la febbre compare senza brivido, prevalentemente serotina, e con valori al di sotto di 38°C.

La paziente riferisce poi difficoltà a respirare e quindi **DISPNEA**, da noi stessi chiaramente osservata; tale dispnea può avere origina cardiaca, polmonare, neurologica o metabolica.

Di fronte ad un paziente che riferisce dispnea, il medico deve innanzitutto osservare se la dispnea riferita è reale; in secondo luogo deve indagarne la gravità in relazione ai sintomi o segni che possono essere aggiuntivi (ad esempio, in questo caso la cianosi). Per finire, deve eseguire l'esame obiettivo polmonare, accompagnato a delle domande che facciano comprendere questa dispnea e la causa che la sostiene.

Quindi chiediamo:

- Quando è comparsa la dispnea? (prestando attenzione a parlare di dispnea o difficoltà a respirare in base al grado culturale del paziente che abbiamo di fronte)
- E' presente a riposo o sostenuta solo da sforzi fisici? (ci permette di indagare se è sostenuta da cause cardiocircolatorie o polmonari)
- E' associata a qualche posizione? (ad esempio, compare di notte, non compare di notte, compare quando è sdraiato, dopo che ha fumato, dopo una passeggiata, ecc. Sappiamo infatti che una dispnea che compare di notte in posizione supina, è generalmente sostenuta da una causa cardiaca; una dispnea invece che compare in determinati periodi dell'anno, successivamente ad esposizione a particolari allergeni, ci fa pensare invece ad una dispnea di un soggetto atopico

- Causa impedimenti nello svolgere le normali attività quotidiane? (che possono essere sia lavorative, sia la semplice spesa o passeggiata di un soggetto anziano).

Poiché la dispnea è un sintomo di cui non è possibile fare un grading, i medici a livello internazionale hanno creato delle scale per oggettivare tale sintomo, in modo tale da dare una valutazione del grado di dispnea. Tali scale possono essere:

1- di tipo generale, ossia indipendenti dalla causa scatenante

Classificazione BRITISH MEDICAL RESEARCH COUNCIL

- dispnea durante attività fisica intensa = 1
- dispnea durante una corsa in pianura/salita = 2
- dispnea durante una camminata difficoltosa = 3
- dispnea che causa la necessità di alcune pause durante una normale camminata = 4
- dispnea che non permette di uscire di casa per mancanza del fiato = 5

2- più direzionate verso una causa specifica, come ad esempio la NYHA (New York Heart Association), che divide in 4 classi la dispnea, orientandola però in senso cardiovascolare.

DOLORE TORACICO

Dobbiamo porre delle domande che ci permettano di orientarci verso l'origine di questo dolore:

- dolore a mano aperta, anteriore, retrosternale, continuo, della durata inferiore di 20 minuti, ci può far pensare ad un'origine CARDIACA, ESOFAGEA (dolore continuo, puntorio, aumentato dopo i pasti, localizzato anteriormente, che se si può portare in basso fino all'origine dello stomaco) o VASCOLARE (ad esempio aneurisma dell'aorta toracica, con dolore improvviso, molto forte, simile ad una sciabolata, con senso di morte imminente, durata maggiore di 20 minuti, irradiato posteriormente, che non cambia intensità durante il respiro);
- dolore toracico anteriore può avere un'origine POLMONARE o PLEURICA;
- un dolore toracico interscapolare, diffuso posteriormente può avere origine CARDIACA, VASCOLARE, ESOFAGEA, PLEURICA o POLMONARE. In questo caso diventano importanti quegli aggettivi e quelle caratteristiche che il paziente racconta (durata, tipologia del dolore, cambiamenti di intensità con la respirazione o il cambio di posizione)

Un'altra domanda da porre è poi l'eventuale presenza di altri sintomi associati, quali per esempio febbre, tosse, tachicardia e palpitazioni, cambiamenti della frequenza respiratoria a riposo o sotto sforzo, ecc. Questo perché quando la dispnea si associa a:

- tosse secca, le cause più frequenti possono essere di origine infettiva polmonare o cardiaca;
- dolore toracico retrosternale, tachicardia e palpitazioni (cuore in gola), la causa è spesso di origine cardiaca;
- febbre e tosse produttiva, l'origine è quasi sicuramente di tipo polmonare infettiva;
- iperventilazione a riposo (polipnea), l'origine è spesso psico-somatica

Inoltre dobbiamo sempre porre delle domande sulla temporalità, e quindi su quando si è presentata la dispnea, sulla numerosità degli episodi e sulla vicinanza degli episodi pregressi rispetto al momento in cui il paziente è stato ricoverato. Questo perché ciò ci permette di distinguere la dispnea in ACUTA e CRONICA, e di interpretare quindi correttamente i segni e sintomi del paziente.

Pertanto di fronte ad un paziente con dispnea dobbiamo sempre tenere presente:

- 1- I fattori che la scatenano (ad esempio, lo sforzo fisico);
- 2- La Quantità e la Qualità (dispnea acuta o cronica);
- 3- I segni e sintomi associati (febbre, tosse);
- 4- L'insorgenza, la durata e la frequenza

Lezione di Semeiotica M. e C. del 5/11/2013 (1)

Lezione di Metodologia clinica del 05/11/2013

Professoressa De Franceschi

Sbobinatore: Sara Montresor

Revisore: Giacomo Brentegani

[NdR: poiché la professoressa parla senza microfono e la registrazione era estremamente bassa oltre che disturbata, non tutte le frasi sono state riportate in modo letterale, ma rielaborate basandomi anche sui miei appunti.]

Viene ripreso il **caso clinico** della lezione precedente:

Una donna caucasica di 64 anni, si presenta con febbre (tra 37,5 e 38°C), tosse secca, dispnea che si manifesta con tachipnea (presenta infatti 20 atti respiratori al minuto), ridotta saturazione e cianosi.

Riferisce dolore toracico anteriore, che aumenta con gli atti respiratori.

LA TOSSE

La tosse è un riflesso che compare durante la crescita: fino ai sei mesi di vita infatti, il neonato non ha questo riflesso ed è per questo che, nel caso il bambino abbia un riflesso tipo conato di vomito bisogna girarlo su un fianco o tirarlo su, per evitare che il materiale presente nel tubo gastroenterico finisca nelle vie respiratorie.

Dall'anno di vita in poi, salvo l'avvento di fenomeni di tipo neurodegenerativo ad esempio, il riflesso della tosse è presente.

Il riflesso della tosse si caratterizza in tre fasi:

- Inalazione;
- Chiusura della glottide ed espirazione;
- Apertura improvvisa della glottide con possibile espulsione di materiale.

Le forme più frequenti di tosse sono:

- Tosse secca
- Tosse grassa
- Tosse produttiva
- Tosse non produttiva
- Tosse abbaiante
- Tosse serotina

L'apposizione di tali aggettivi non è un puro esercizio stilistico, poiché ad ognuno di essi si associa una specifica condizione patologica.

Parlando di un paziente con un altro medico quindi, nel caso dell'uso del termine "tosse secca", per esempio, faremo già capire che il malato ha una tosse non produttiva e con tutta una serie di caratteristiche che la distinguono, tra le altre, dalla tosse abbaiante.

[NdR: *la professoressa sottolinea che è importante saper distinguere i diversi tipi di tosse e l'uso del linguaggio specifico anche ai fini dell'esame, sono tutte cose che verranno richieste*].

E' necessario porre al paziente delle domande che ci aiutino a capire il contesto in cui si è sviluppata la tosse e se ci siano degli elementi che la scatenano:

- C'è qualcosa che peggiora la tosse? Prende dei farmaci in particolare?

Bisogna infatti tenere presente che oltre a fattori scatenanti quali possono essere l'inalazione di allergeni, l'esposizione al vento, possono essere anche elementi esogeni come i farmaci. C'è una classe di farmaci, gli ACE inibitori, che ha come effetto collaterale frequente quello di causare episodi di tosse secca (che si risolvono con la sospensione del farmaco).

Quando si affrontano sintomi quali la tosse quindi, ci si deve sempre ricordare di porre al paziente domande che riguardano anche la sua storia farmacologica.

Questo è importante perché, sempre parlando della tosse secca, essa può avere cause molto diverse: potrebbe essere ad esempio legata a una situazione lavorativa, se un paziente che lavora nel contesto di una fabbrica o di un magazzino riferisce che la tosse compare a fine giornata o che nei weekend e quando non lavora smette di soffrire.

Per quanto concerne la tosse grassa invece può essere in un altro contesto segno di una polmonite osservata in un paziente fumatore: spesso questi pazienti hanno normalmente tosse grassa e produttiva (cioè con materiale che giunge al cavo orale e può essere sputato) al mattino, ma può essere indice di patologia se ci sono delle variazioni. Di solito i fumatori riescono a rendersi conto molto bene di eventuali cambiamenti della tosse.

La tosse ha in sé degli elementi di ASPECIFICITA', quindi è l'ASSOCIAZIONE della tosse con altri elementi ad aiutarci nella diagnosi.

La tosse può avere numerosissime cause, possono esserci elementi scatenanti esogeni o endogeni, come delle lesioni della mucosa respiratoria; non bisogna però dimenticare che essa può avere anche un'origine PSICOSOMATICA: è un elemento che dobbiamo sempre tenere in considerazione, dopo aver escluso tutto il resto.

Altre domande da rivolgere al paziente:

- Quante volte (con che frequenza) tossisce?

E' importante capire se la tosse che il paziente ci descrive è costante, se si tratta magari di una tosse secca che si accentua durante le ore notturne (fa pensare a un problema di tipo CARDIACO) oppure una tosse grassa che dura per tutto l'arco della giornata (probabile processo di tipo INFETTIVO).

- Ha dolore quando tossisce? Compagnono altri sintomi associati?

Importante perché spesso il dolore associato alla tosse ci parla di un processo infiammatorio acuto, generalmente benigno, mentre se persiste in modo cronico da almeno quindici giorni bisogna pensare a una patologia di tipo cronico, tipo neoplasia.

- La tosse compare all'improvviso o gradualmente?

Gradualmente significa che il paziente inizia a tossire in modo sempre maggiore; all'improvviso invece vuol dire che il paziente sta bene e poi improvvisamente ha un accesso di tosse.

Anche l'elemento della comparsa della tosse, così come la durata, ci può orientare verso la patologia di cui è affetto il paziente:

esempi: - tosse mattutina, appena sveglio, in un fumatore a parafisiologica (per bronchite cronica, ndr);

- tosse serotina a processo infiammatorio cronico/ sostanze tossiche o irritanti/ processo tubercolare;

- tosse secca notturna per colata di muco dai seni paranasali all'orofaringe a sinusite cronica o acuta

- tosse secca senza materiale infiammatorio, che può diventare produttiva con materiale biancastro striato di sangue a patologia cardiovascolare, come insufficienza cardiaca, scompenso cardiaco, edema polmonare (l'alterata permeabilità tra il letto vascolare dei capillari alveolari e la parete degli alveoli stesse fa sì che vi sia un passaggio di globuli rossi nel secreto respiratorio).

4 ELEMENTI DA RICORDARE [chiesti all'esame!!!!]:

1. **Fattori che scatenano il sintomo (la tosse in questo caso);**
2. **Quantità e qualità;**
3. **Segni e sintomi associati;**
4. **Insorgenza, durata e frequenza**

DOLORE TORACICO

Possiamo distinguere fondamentalmente 4 diverse origini del dolore toracico:

- Dai tessuti del collo e della parete toracica
- Cardiaco
- Da altre strutture intratoraciche (di solito esofageo, pleurítico, diaframmatico o mediastinico)
- Da strutture sottodiaframmatiche

[NdR: la professoressa fa un breve ma dettagliato "viaggio" nell'anatomia del tronco e si assicura che le nozioni di anatomia apprese non siano andate dimenticate].

Il dolore toracico si distingue in TIPICO quando è di origine cardiaca e in ATIPICO quando l'origine è diversa. E' importante, quando ci si presenta un paziente con dolore toracico, non pensare solo ad una possibile origine cardiaca, ma tenere in considerazione tutte le possibili cause.

Anche per il dolore toracico bisogna analizzare diversi elementi:

- Durata
- Tipologia
- Presenza di sintomi associati
- Dolore localizzato o irradiato

Domande da rivolgere al paziente:

- **Il dolore aumenta o cambia con certi movimenti o in alcune posizioni?**
- **Aumenta o si riduce quando inspira/ espira, o quando fa un inspirio/esprio forzato?**
- **Mi può far vedere precisamente con la mano dove le fa male?**

Esempi: il dolore di origine pleurica aumenta con l'inspirazione forzata e con la tosse, il dolore di origine cardiaca è costante, non si modifica con gli atti respiratori o la posizione, il dolore muscolare può aumentare con l'atto respiratorio (non con la profondità ma con l'atto in sé) e può essere aumentato o ridotto dall'assunzione di certe posizioni.

E' importante chiedere le CARATTERISTICHE del dolore, che può essere:

- Continuo
- Trafittivo (avvertito come una pugnalata o una stiletta, può essere di origine pleurica)
- Oppressivo (ad esempio il dolore cardiaco: il paziente descrive un nodo alla gola, non si modifica nel tempo né con la posizione. Il paziente è tipicamente irrequieto perché non trova una posizione per alleviare il dolore).
- Bruciore

Si domanda anche la modalità di comparsa del dolore:

- **E' comparso all'improvviso o gradualmente?**

- E' costante o episodico?
- Lo avverte in un momento particolare del giorno?

Ovviamente ciascun essere umano ha una percezione del dolore diversa, la soggettività del dolore non può essere quantificata, se non attraverso una scala analogica da 1 a 10, in cui 0 corrisponde a "assenza di dolore" e 10 a "dolore più forte mai sperimentato". Questo è importante anche per vedere se, una volta instaurata una terapia, l'intensità del dolore si riduce fino a scomparire.

E' necessario identificare in modo chiaro la modalità di comparsa del dolore perché dolore che compare in modalità differenti può essere correlato a patologie diverse.

Esempi: tipico maschio longilineo, molto magro che ha uno pneumotorace spontaneo afferma di avvertire un dolore improvviso con un'importante difficoltà respiratoria e forte dolore all'emittoce interessato.

Nel caso invece di un dolore che compare gradualmente, che peggiora durante il giorno e si aggrava con l'atto respiratorio ci deve far pensare a un dolore polmonare/pleurico e quindi a un processo di tipo infettivo acuto.

Bisogna anche valutare in concomitanza di cosa compare il dolore: un dolore toracico improvviso durante uno sforzo anche lieve o moderato farà pensare a un dolore di origine cardiaca.

I 4 elementi da raccogliere di fronte ad un sintomo (in questo caso dolore toracico) sono sempre:

- Fattori che lo scatenano
- Quantità e qualità
- Segni e sintomi associati
- Insorgenza, durata e frequenza

Sono gli elementi CHIAVE da affrontare ogni volta che si appropria un sintomo [*importantissimi per l'esame!!*]

Tornando al caso clinico: **IPOTESI DIAGNOSTICHE E SINTOMI CHE LE AVVALORANO**

[*SCHEMA della discussione svoltasi in aula*]

POLMONITE

- Dolore toracico anteriore
- Febbre
- Tosse secca
- Dispnea
- Desaturazione
- Crepitii inspiratori alla base del polmone di destra

PLEURITE

- Dolore toracico anteriore
- Fumo di sigaretta
- Febbre

NEOPLASIA POLMONARE

- Desaturazione
- 2 – 3 episodi di febbre precedenti
- Dolore toracico
- Fumo di sigaretta

TUBERCOLOSI

- Tosse secca
- Dolore toracico anteriore
- Crepitii inspiratori

Dopo aver formulato le varie ipotesi diagnostiche si deve tenere "più vicina" quella più verosimile: in questo caso l'ipotesi più probabile è la polmonite, seguita da pleurite e neoplasia polmonare, mentre per ultima resta la tubercolosi.

Si richiedono quindi gli esami complementari per verificare l'ipotesi:

- **Verifica della componente INFIAMMATORIA:** PCR, VES e FGB (indici aspecifici di flogosi) sono AUMENTATE
- **EMOCROMO:** leucocitosi AUMENTATA (indice della risposta infiammatoria in atto)
- **EMOGAS analisi:** saturazione dell'O₂ e PO₂ DIMINUITE
- **RADIOGRAFIA DEL TORACE:** addensamento polmonare
- **ECCG:** nella norma

Da questi esami si può trarre la soluzione del caso clinico: si tratta di **POLMONITE BASALE DESTRA**.

[NdR: *la professoressa si raccomanda di esercitarsi anche in reparto in questo processo investigativo; ritiene importante infatti che ciascuno trovi un suo metodo per rendere l'attività quotidiana di medici non solo un momento d'incontro con una persona che sta male e che noi possiamo aiutare, ma anche una pratica che per noi sia divertente.*

Racconta una piccola storia: siamo a Parigi, in un boulevard e improvvisamente la porta di un palazzo si apre e ne esce un ragazzo di corsa, che per la fretta ci urta buttandoci quasi per terra. Qualche minuto dopo dallo stesso palazzo esce anche una

signora che ci chiede se abbiamo visto chi è uscito, perché sono appena entrati i ladri nell'appartamento 17B. Anche un vicino afferma di aver visto la porta aperta.

Il poliziotto incaricato del caso comincia ad investigare e scopre che in realtà il ragazzo non era il ladro come diceva la signora, ma abitava al piano di sopra, aveva appena litigato con i suoi genitori ed era scappato, proprio nel momento in cui sbatteva la porta dell'appartamento accanto a quella del vicino che poi ha "testimoniato". Noi (medici) siamo un po' come il poliziotto, non possiamo fermarci all'apparenza, all'elenco degli avvenimenti, ma dobbiamo analizzarli e verificare le nostre ipotesi per arrestare il giusto ladro].

Ci sono degli elementi che ci aiutano ad escludere un'origine cardiaca, nel caso appena affrontato: per esempio non ci sono edemi declivi, manca la bilateralità dei rumori patologici e il dolore toracico [*registrazione disturbata, Ndr*].

I toni parafonici non sono di per sé indice di patologia, a meno che il paziente non abbia una situazione di scompenso cardiaco: vanno quindi interpretati nel contesto del quadro clinico completo del paziente.

Essi infatti possono avere molteplici origini: il paziente può avere una gabbia toracica con diametro anteroposteriore aumentato da BPCO, può essere obeso e in questo caso la causa è l'adipe, oppure la situazione può essere parafisiologica e dipendere solo dalla posizione del cuore.

TOSSE ASSOCIATA A POLMONITE: se la polmonite è di origine virale in genere la tosse è SECCA, se invece è di origine batterica la tosse può diventare GRASSA ed essere o non essere produttiva. (Importante ricordare che tosse grassa e produttiva non sono sinonimi!! Una tosse può essere grassa ma non produttiva, quindi non è detto che il materiale arrivi al cavo orale e possa essere espulso pur essendo mobilitato).

Domanda studente: Come possiamo interpretare gli episodi di tosse secca accompagnata da febbre di 2-3 giorni a volte trattati con antibiotico durante l'ultimo anno nel caso preso in considerazione precedentemente?

Risposta: Essendo una paziente fumatrice, questi episodi li possiamo interpretare visto che si autoinducevano e si risolvevano con la terapia antibiotica li possiamo ricondurre a un processo bronchitico atrofico. Chiaramente il fumo è una condizione favorente i processi infiammatori che superano i bronchi, a livello dei *grappoli*, quindi daranno *rantoli*, (*registrazione disturbata, ndr*).

SECONDO CASO CLINICO:

Il paziente è un maschio di 35 anni, caucasico, che si rivolge a noi per astenia e dolore agli arti inferiori. Riferisce difficoltà nello svolgere le sue attività quotidiane; è un elettricista che lavora con il padre e uno zio ma nelle ultime 2 – 3 settimane non riesce più a svolgere le sue mansioni e questo gli crea dei problemi perché riceve delle lamentele dai parenti con cui lavora (per esempio non riesce più a trasportare tubi come faceva prima).

Facendolo accomodare per raccogliere un po' della sua anamnesi si può notare che l'uomo sta seduto su un solo gluteo, ma non ci sono difetti visibili nella mobilità.

All'incirca 30 giorni prima riferisce di aver avuto un episodio di febbre durato 5 giorni che egli aveva interpretato come una sindrome influenzale per la presenza di artromialgia; assumendo della Tachipirina il tutto si era risolto (quindi si trattava di febbre RESPONSIVA al paracetamolo).

Sollecitato da ulteriori domande afferma di aver sofferto di ODINOFAGIA dal giorno prima della febbre per due giorni. Ha ancora le tonsille.

Inoltre tra il terzo e il quarto giorno di febbre ha notato urine scure come the senza limone (*importante domandare "scure come?" per capire meglio cosa intende il paziente*). Limitandosi a bere molta acqua per idratarsi le urine sono poi tornate normali.

Esame obiettivo:

- Normoteso, con pressione di 110/70;
- 94 battiti/min, ritmici;
- Saturazione O₂ al 94%;
- 16 atti respiratori/min;
- Nessun rumore patologico all'auscultazione polmonare;
- Soffio sistolico di 2-3/6 sul focolaio mitralico;
- Addome trattabile in tutti i quadranti;
- Fegato non palpabile;
- Milza palpabile, debordante di 2 cm dall'arco costale, lievemente dolente alla palpazione;
- Tra tibia e malleolo sono presenti bilateralmente delle petecchie, il dorso del piede è libero [*Ndr: importante valutare anche le gambe del paziente all'esame obiettivo*];
- Non sono presenti segni di artrite acuta all'esame obiettivo degli arti inferiori, no functio lesa;
- Subittero

Anamnesi familiare:

- Il paziente ha un fratello di 28 anni, in buona salute, che ha tolto le tonsille; soffre di asma stagionale e non lavorano assieme. Il mese prima il fratello NON ha avuto l'episodio febbrile che ha colpito il paziente.
- I genitori sono viventi: il padre ha 54 anni, soffre di ipertensione arteriosa per la quale assume una cura farmacologica, la madre ha invece subito un'emitiroidectomia per la presenza di un gozzo iperfunzionale.
- Il paziente fuma 10 – 15 sigarette/die
- Beve 1 -2 caffè /die
- Durante la settimana non consuma alcol, il weekend esce con gli amici per una birra;
- Non assume farmaci, a parte il paracetamolo un paio di volte all'anno quando sente dolore da qualche parte o in caso di influenza.

Elementi da prendere in considerazione:

- Milza palpabile;
- Subittero;
- Colore scuro delle urine;
- Petecchie;
- Ha 37.2°C di temperatura;
- Artromialgia agli arti inferiori in assenza di segni di artrite in atto (NdR: *NON si usa il termine DOLORE DIFFUSO!*)

[Formulare ipotesi diagnostiche per la lezione successiva]

Lezione di Semeiotica M. e C. del 11/11/2013 (1)

Lezione vuota.

CARATTERISTICHE RILEVANTI DEL CASO PRESENTATO LA LEZIONE PRECEDENTE

- maschio
- 35 anni
- bradicardico
- astenia
- soffio sistolico ventricolare mitralico
- artromialgie (agli arti inferiori 30 giorni prima)
- splenomegalia (2-3 cm) NB. non è lieve: in semeiotica così come nella pratica medica non esistono gli aggettivi a meno che non siano correlati ad una quantificazione. Quantificazioni della splenomegalia: la splenomegalia con il polo inferiore che arriva alla ombelicale trasversa è una splenomegalia grave. Inoltre si possono distinguere splenomegalie di grado 1,2,3 (ma non vanno correlate ad un aggettivo).
- subittero
- petecchie presenti agli arti inferiori bilateralmente
- urine scure (30 giorni prima)
- disfagia
- sindrome similinfluenzale (30 giorni prima)
- febbre (che però al momento della visita era a 37.2°)
- milza dolente alla palpazione

IPOTESI

1. anemia emolitica associata ad infezione:

elementi a favore: subittero, urine scure (pensando che l'emolisi sia iniziata prima), astenia, frequenza cardiaca aumentata.

1. mononucleosi da EBV

elementi a favore: subittero (EBV è un virus con trofismo epatico minore), feci bianche, splenomegalia, febbre (attenzione a non generalizzare considerando di EBV le manifestazioni degli altri virus erpetici).

1. febbre reumatica

elementi a favore: artromialgia (che però è simmetrica e non migrante e senza segni di artrite, quindi non proprio tipica della febbre reumatica), tachicardia (che sta bene sia per la febbre che per la presenza di soffio mitralico), urine scure con interessamento renale (se c'è interessamento renale in corso di febbre reumatica però non sono di colore marsalato, mentre il nostro caso ci fa supporre la presenza di urobilinogeno), odinofagia.

1. CMV

1. LES

elementi a favore: febbre, artromialgie (sono da escludere perché nel LES c'è coinvolgimento delle articolazioni con tempistica ben precisa), splenomegalia.

ESAME OBIETTIVO

(presentato la lezione precedente)

Da notare la differenza delle lesioni cutanee tra le petecchie (non confluenti) e porpora (confluente).

DOMANDA: il fatto che il paziente abbia splenomegalia non potrebbe spiegare le petecchie (dovute a riduzione delle piastrine per sequestro splenico)? Un'affermazione di questo tipo è molto pragmatica, con dei grossi limiti. In questo caso consideriamo le petecchie di eziologia virale.

DIAGNOSI

Se per capire quale delle ipotesi fosse più vera contassimo i sintomi a favore, la diagnosi ci porterebbe a pensare (in ordine decrescente di importanza) un'anemia emolitica nel corso di infezione, poi EBV, febbre reumatica, LES, CMV.

Si può escludere il LES e la febbre reumatica per il tipo di presentazione del dolore articolare.

I sintomi che predominano su questo caso clinico sono le urine scure, la presenza di subittero e di splenomegalia, quindi possiamo pensare a qualcosa di acuto che si è instaurato 30 giorni prima e che è non si è autolimitato.

ESAMI (da fare per verificare le ipotesi)

- indici di flogosi: PCR aumentata, VES e fibrinogeno invariati
- emocromo: leucocitosi con aumento di neutrofili (se fosse stato un LES ci sarebbe stata leucopenia per azione infiammatoria sedativa a livello midollare), lieve anemia (Hb < 14g/dl secondo la WHO), piastrinopenia (35000). Quindi c'è stato infiammatorio con risposta flogistica che ha coinvolto sia la linea dei bianchi, che l'Hb e le piastrine.
- esami biochimici: aumento della bilirubina totale, aumento dell'LDH, transaminasi normali

(la riduzione dei globuli rossi è dovuta ad aumentata distruzione periferica)

- ECO addome: splenomegalia (aumento del diametro polo-polare di 16 cm), milza con struttura omogenea, sono presenti linfonodi con aspetto reattivo a livello dell'ilo splenico e del tripode celiaco
- ECO cuore: presenza di insufficienza mitralica, assenza di vegetazioni valvolari (si può ulteriormente escludere la febbre reumatica poiché il soffio lo aveva probabilmente anche prima)

Dagli esami sembra confermarsi l'anemia emolitica. Rimane da capire se può essere dovuta a EBV oppure a CMV. In genere la splenomegalia può associarsi ad aumentata emocateresi con riduzione di piastrine e di bianchi.

In questo caso la piastrinopenia non la consideriamo di origine splenica perché la piastrinopenia è discrepata rispetto alla presenza di leucocitosi (se fosse dovuto solo dalla milza avremmo anche leucopenia).

Per scoprire se vengono veramente distrutte in circolo bisogna fare la ricerca di anticorpi anti-piastrine oppure bisogna controllare il midollo per valutare l'eventuale discrepanza tra il numero di megacariociti e la conta piastrinica. In questo caso le risposte potrebbero essere vere entrambe perché l'attività di alcuni virus a livello midollare può avere sia un'azione sedativa sui precursori sia può stimolare la produzione di autoanticorpi.

Poi escludiamo EBV perché manca la linfadenopatia, che sarebbe sicuramente presente in una situazione patologica così importante.

CMV è il virus più il probabile perché è il più frequente tra le ipotesi, causa linfadenomegalia fugace (che può passare inosservata). Fatta la sierologia infatti si individuano IgG negative e IgM positive a CMV.

POSSIBILITA': ANEMIE EMOLITICHE DI TIPO EREDITARIO

In questo caso si escludono le anemie emolitiche di tipo ereditario per la storia familiare del paziente (nessun altro malato). Esistono in realtà alcune anemie ereditarie non visibili nel gentilizio come la sferocitosi che vengono evidenziate solo nel corso di un'infezione.

Nota: è molto più rara una mutazione ex novo che avrebbe portato alla comparsa dell'anemia ereditaria nel paziente.

DOMANDA: possiamo escludere EBV perché nella conta leucocitaria abbiamo una prevalenza neutrofila e non linfocitaria? Sostanzialmente sì, ma soprattutto per la presentazione clinica.

DOMANDA: ma invece l'infezione da CMV (o virus in generale) non aumentano più che i linfociti che i neutrofili? Dipende, perché nel caso del CMV possiamo avere delle azioni paradosse: non sempre l'infezione da virus dà una linfopenia oppure una linfocitosi (dipende dalla fase dell'infezione); potresti avere una componente neutrofila che però è paradossa.

DOMANDA: mi chiedevo il perché della precisa localizzazione delle petecchie?

Noi siamo dei bipedi per cui le petecchie si verificano prevalentemente negli arti inferiori dato che la forza di gravità determina una stasi maggiore in quelle regioni.

DOMANDA: il dolore alle gambe è dovuto al fenomeno di stasi?

No, è un'artromialgia specifica che valorizziamo per la presenza di positività per CMV. Il virus può stimolare la produzione di citochine che determinano infiammazione e miopatie. Ci sarebbe da controllare se c'è sofferenza del muscolo striato.

NUOVO CASO

Ricoverata donna caucasica di 35 anni con difficoltà di digestione. Presenta dolore e gonfiore in sede epigastrica (da 1 mese). La donna è preoccupata perché a casa ha due figlie piccole che la aspettano e le sembra di non essere adeguata al ruolo di madre. Notiamo che il volto è imperlato di sudore e racconta di non avere appetito e di dormire poco da alcune settimane. La donna è in buona salute, ha avuto 2 parti (a 25 e 30 anni). Nell'ultimo anno riferisce episodi di diarrea con feci chiare e nell'ultimo mese descrive la presenza di gonfiore e dolore epigastrico che si irradia a destra (spesso si accompagna a nausea) un paio d'ore dopo la cena. Da 15 giorni presenta anoressia, insonnia e riferisce un episodio di vomito con materiale verde.

ELEMENTI IMPORTANTI

- dolore epigastrico (che evolve): inizia come dolore epigastrico che diventa continuo e si accompagna a senso di gonfiore, che compare 2 ore dopo la cena; ultimamente è irradiato a destra e posteriormente
- fragilità psicologica
- vomito verde
- feci chiare
- nausea
- anoressia
- dispepsia

DOMANDA: è opportuno rimarcare il fatto che è un dolore che non le permette di dormire?

Sì, le funzioni che impattano sulla nostra vita sono il ritmo sonno veglia, diuresi ed alvo.

ANAMNESI FAMILIARE

Il padre è vivente, 72 anni, in buona salute.

La madre è vivente 65 anni con una diagnosi di artrite reumatoide senile in trattamento.

Un fratello gemello in buona salute.

ANAMNESI FISIOLÓGICA

La paziente mangia e ha una dieta mista. Fa attività fisica: va in palestra una volta alla settimana (interrotta da quando si è presentata l'astenia). Fumava 15 sigarette al giorno dall'età di 18 anni, ma da una settimana non fuma più. Beve 3 caffè al giorno, uno o due bicchieri di vino, non segnalati superalcolici. Assume sporadicamente paracetamolo per cefalea.

ELEMENTI IMPORTANTI

- fuma 15 sigarette/die
- astenia che obbliga l'interruzione di attività fisica

ESAME OBIETTIVO

Presenta dolore addominale. Esistono 3 tipi di dolore addominale: parietale, viscerale e irradiato. ognuno di questi ha una sua giustificazione sia per il tipo di innervazione e sia perché l'innervazione risente dell'organizzazione metamerica (più visceri riferiscono un egual metamero, quindi possono confondersi). Nell'addome molti organi si sovrappongono, come nel caso di stomaco e pancreas nella condizione di gastrite e pancreatite acuta.

Il dolore parietale è sostenuto da un processo flogistico a carico del peritoneo, generalmente è continuo, molto intenso e facilmente localizzabile dal paziente. Può anche nascondere un dolore viscerale sottostante.

Il dolore irradiato è riconducibile ad un'organizzazione metamerica e può essere causato da organi differenti. Ad esempio dolore alla spalla dx può essere dovuto da patologie epatiche, nella porzione dx posteriore può derivare da un'ulcera duodenale perforata (che a volte può irradiare anche alla regione interscapolare posteriormente). Il dolore è irradiato posteriormente in caso di colecistite acuta, mentre quello al fianco sx o dx che può scendere fino alla regione inguinale segnala un quadro acuto dovuto a calcolosi delle vie urinarie.

In caso di coinvolgimento dello stomaco il paziente può descrivere dolore viscerale all'epigastrio, dolore parietale all'epigastrio, dolore irradiato alle spalle e lateralmente.

Nel caso di una appendicite acuta il dolore viscerale è a livello ombelicale, il dolore parietale al quadrante inferiore dx, il dolore irradiato dipende dalla fase della malattia (ad esempio se è in sede retrocecale causa dolore in regione lombosacrale).

Nel caso di calcolosi nel bacinetto renale o negli ureteri abbiamo dolore viscerale all'angolo costovertebrale, il dolore parietale superficiale rispetto al sito affetto, il dolore irradiato presente a livello genitale.

Quando c'è dolore si osserva inoltre come sta il paziente, se seduto o disteso e se assume posizioni antalgiche. Si pongono domande che vadano ad indagare la tempistica dell'insorgenza del dolore, eventuali correlazioni con il ciclo mestruale o con il pasto e eventi che il paziente pratica per ridurre il dolore (vomito spontaneo, defecazione, assunzione di farmaci).

Nel caso di una peritonite il dolore che il paziente può descrivere può essere aumentato dalla torsione del busto o dai colpi di tosse per aumento della pressione intra-addominale o per stiramento del peritoneo.

Nel caso di dolore alla camera gastrica c'è aumento di dolore dopo l'assunzione di bevande alcoliche che riducono il pH ed hanno azione tossica diretta.

Nel caso di esofagite c'è invece aumento di dolore postprandiale.

Per quanto riguarda la paziente in questione, si descrive un dolore continuo, che permane per ore.

Il dolore addominale può essere accompagnato a senso di pesantezza, a sensazione crampiforme, di bruciore, colico (presenta dei picchi), con dei parossismi (quando non si sa può predire la comparsa).

Bisogna richiedere sempre di quantificare il dolore da 1 a 10 e descrivere se le caratteristiche del dolore sono rimaste invariate o evolvono.

A livello addominale un aumento della pressione o dilatazioni improvvise possono causare iperstimolazioni del plesso solare che si manifestano con sintomi specifici di tipo vagovagale, come tachicardia seguita da bradicardia riflessa, sudorazione e vasocostrizione periferica. Si possono anche accompagnare manifestazioni aspecifiche come nausea e vomito.

Al paziente va chiesto anche se il dolore si è sempre mantenuto epigastrico, se è scomparso e riapparso in altra sede, se è rimasto nella seconda sede o è migrante. La sede è importante perché l'evoluzione del dolore ci può suggerire l'evoluzione del quadro clinico oppure ci può dare informazioni su che organo è interessato. Ad esempio in appendicite acuta il dolore non rimane sempre uguale per il fatto che inizia come appendicopatia (variabile per sede ed intensità) ed evolve come infiammazione del peritoneo.

DOMANDA: cos'è la diaforesi?

Sudorazione intensa su base vagovagale.

NAUSEA E VOMITO

la paziente ha avuto nausea seguita da un episodio di vomito. Come medici non bisogna essere impressionati e nel limite del possibile bisogna andare a vedere le manifestazioni. Il colore, l'odore, il volume e la composizione permettono di individuare il processo che sostiene il quadro.

- Bisogna indagare anche se sono stati assunti farmaci che possono aver ridotto o indotto nausea o vomito (es. ACE inibitori inducono tosse secca in assenza di patologia delle vie respiratorie).
- bisogna chiedere se il vomito è accompagnato da conati, cioè se c'è la percezione della nausea.
- bisogna informarsi sulla composizione perchè:
 1. -se è presente materiale non digerito siamo di fronte ad una patologia prossimale
 2. -la presenza di colore verde può parlarci di una patologia delle vie biliari o della seconda parte del duodeno
 3. -la presenza di materiale fecaloide (materiale intestinale con contaminazione batterica che lo rende simile a feci) con odore penetrante ci suggerisce altro tipo di patologia

Il vomito con piccoli volumi è tipico della pancreatite acuta, mentre quello con grossi volumi è associato ad ostruzioni prossimali. Il vomito a getto (non legato a stimolazione plesso solare) è legato invece ad ipertensione endocranica.

DOMANDA: il conato non è il movimento che solleva il materiale dallo stomaco?

Non necessariamente. Il conato è la risposta fisiologica in presenza di movimenti antiperistaltici. È detto a risultato positivo se c'è il vomito o a risultato negativo se questo non è presente.

DOMANDA: mi chiedevo come potesse essere il vomito senza conati?

Un esempio è il vomito a getto.

ESAME OBIETTIVO

- normotesa
- 37.2°C
- satura al 98% AA
- non ha edemi declivi
- cianosi
- torace con suono chiaro polmonare e murmure vescicolare trasmesso su tutto l'ambito polmonare
- tachicardia
- addome piatto palpabile con dolenzia conseguente a palpazione profonda in epigastrio (NOTA: nell'EO addominale prima si fa l'auscultazione per non sollecitare l'attività peristaltica)
- peristalsi è presente
- non c'è epatosplenomegalia
- segno di blumberg negativo (segno fatto in fossa iliaca dx per verificare eventuale infiammazione peritoneale)
- segno di murphy incerto; nè positivo nè negativo

IPOTESI

1. occlusione duodenale

elementi a favore: il vomito (non è indicativo perché non vengono descritti grossi volumi), dolore epigastrico, senso di gonfiore, tachicardia (che in realtà può andare bene anche con tutte le altre problematiche)

1. colelitiasi

elementi a favore: feci acoliche, segno di murphy non negativo, vomito verde, comparsa di dolore dopo i pasti, sesso femminile, irradiazione posteriore del dolore

DOMANDA: perché l'ostruzione delle vie biliari da vomito verde?

Stiamo parlando di calcolosi della colecisti e non di ostruzione delle vie biliari. In questo caso il vomito è dovuto al fatto che si svuota in modo asincrono rispetto ai pasti (discinesia) con direzionamento dei sali biliari verso la camera gastrica. Nello stomaco i sali biliari sono irritanti per ph e contenuto autodigerente e per questo sono espulsi(vomito).

1. calcolosi delle vie biliari

elementi a favore: irradiazione posteriore del dolore, dispepsia, anoressia, astenia (per deficit di assorbimento) , insonnia (secondaria alla dispepsia)

1. pancreatite acuta

elementi a favore: febbre,

Però di contro il dolore non è specifico (non è a barra)

Contando gli argomenti a favore sembrerebbe di essere in una situazione di calcolosi delle vie biliari.

ESAMI COMPLEMENTARI

Sono stati trascurati 3 aspetti: la dinamica dell'insorgenza del dolore, la comparsa della febbre, il peggioramento del quadro clinico.

la calcolosi della colecisti è (Ndr non capibile), cioè non necessariamente una patologia. Diventa patologia nel momento in cui c'è infiammazione, incuneamento del calcolo (che poi può essere espulso durante una colica o causare dilatazione delle vie biliari). In questo caso abbiamo elementi di danno acuto di tipo infiammatorio (c'è la febbre).

Risultati:

- aumento degli indici di flogosi
- emocromo con leucocitosi neutrofila
- aumento della bilirubina totale (2g/dl)
- aumento delle transaminasi
- amilasi nella norma
- ECO addome mostra colecisti con le pareti inspessite e traslucide, sono presenti calcoli. non c'è coinvolgimento delle vie intra ed extra epatiche.

Ci troviamo quindi di fronte ad una colecistite acuta su una calcolosi della colecisti. È un fenomeno acuto.

(c'è una domanda ma l'audio è troppo disturbato per poterla riportare, Ndr)

DOMANDA: la colecistite acuta è data dalla presenza dei calcoli?

No, è data dall'infiammazione della parete della colecisti che da dolore. L'eziologia non è nota, quella considerata più probabile è una sovrainfezione per risalita batterica attraverso la papilla del Vater.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 12/11/2013 (1)

Lezione di Metodologia clinica del 12/11/2013

Professoressa De Franceschi

Sbobinatore: Marini Silvia

Revisore: Berton Mariagiovanna

[Ndr: la professoressa parla senza microfono dunque la registrazione ha volume basso].

All'inizio della lezione la Prof mostra una tabella che descrive degli aspetti di alcune patologie, in particolare vengono descritti:

- APPENDICITE ACUTA:
 - Anamnesi: dolore periombelicale migrante con interessamento dei quadranti inferiori accompagnato da sintomi quali nausea, vomito, anoressia
 - Ispezione: niente di particolare, cute e annessi integri, addome normoteso

- Auscultazione: riduzione peristalsi
 - Percussione: dolore quadranti inferiori destri e fossa iliaca destra
 - Palpazione: nell'evoluzione del quadro clinico si può riscontrare resistenza muscolare involontaria, con manovra di McBurney positiva e manovra di Blumberg positiva
 - altro: ci può essere positività per il dolore all'esplorazione rettale
- **COLECISTITE ACUTA:**
 - Anamnesi: dolore quadrante superiore destro, dolore riferito alla spalla destra (può essere anche posteriore, a livello interscapolare), nausea, vomito, generalmente febbre (quadro infiammatorio acuto), urine marsalate (da urobilinogeno).
 - Ispezione: il pz può assumere una posizione antalgica (piegato in avanti). Ittero o subittero a seconda dei livelli di bilirubina.
 - Auscultazione: riduzione peristalsi o addirittura assenza
 - Percussione: non elementi di rilievo
 - Palpazione: rigidità muscolare dei piani muscolari dell'addome "difensiva", dolorabilità alla palpazione nei quadranti superiori destri. Murphy positivi, Blumberg positivo o negativo a seconda della presenza di infiammazione a carico del peritoneo
- **PANCREATITE ACUTA**
 - Anamnesi: dolore a barra al quadrante superiore sinistro esacerbato dal pasto. Dolore può essere riferito anche posteriormente in sede interscapolare. Se c'è blocco dello scarico delle vie biliari, ci possono essere urine marsalate.
 - Ispezione: possibile posizione antalgica. Ittero o subittero. Ci può essere distensione addominale.
 - Auscultazione: riduzione o assenza peristalsi.
 - Palpazione: dolore in epigastrio, quadranti superiori. In soggetti longilinei si può apprezzare una massa in regione epigastrica.

CASO 1

Donna caucasica, 24 anni, che si presenta per una diarrea comparsa 15 giorni fa, accompagnata da astenia, a volte dolore al fianco sinistro. Ha preso dei "costipanti" (ad esempio carbone vegetale) da cui ha un beneficio temporaneo. Da circa tre giorni è comparsa febbre serotina. Si trova in un momento di difficoltà personale (deve fare degli esami all'università, ha mollato il moroso).

ANAMNESI PATOLOGICA

Buona salute, tonsillectomia a 12 anni (non ricorda la dinamica, sostanzialmente aveva febbri recidivanti). Circa un mese fa è comparsa insonnia sporadica con senso di ansia, che lei correla all'università. Negli ultimi 15 giorni compare diarrea, da 3 a 7 scariche al giorno, sempre negli ultimi 15 giorni è comparsa astenia, dolore al fianco sinistro, miglioramento relativo con dei costipanti (carbone vegetale assorbe la componente liquida delle feci). Quando scarica le feci appaiono poltigliose (tipo marmellata), fino a diventare alle volte acquose, non maleodoranti. Da 3 giorni è comparsa una febbre serotina a 37,3°C. Ribadisce che dorme poco.

Elementi di rilievo:

- Diarrea** da 15 giorni, da 3 a 7 scariche al giorno. Le feci non sono sempre uguali, caratteristiche che cambiano: da parzialmente formate ad acquose, scariche non voluminose, non maleodoranti, scarsa responsività ai costipanti.
- Febbre serotina** (da 3 giorni)
- Astenia.**
- Dolore** al fianco sinistro, è un dolore non continuo.
- Stress**, tensione, ansia.
- Insonnia.**

(la Prof sottolinea l'importanza nell'annotare le caratteristiche delle feci e del dolore. Ricorda che bisogna raccogliere le informazioni dal paziente, e attraverso domande approfondire gli aspetti d'interesse).

ANAMNESI FAMILIARE

- Padre 56 anni, riferito in buona salute, soffre di ipertensione arteriosa per cui è in trattamento medico.
- Madre 52 anni, riferita in buona salute, intervento di appendicectomia a 18 anni, diagnosi a 23 anni di tiroidite autoimmune con evoluzione verso ipotiroidismo, per la quale attualmente è in terapia sostitutiva con Eutirox.
- Fratello di 18 anni con allergie stagionali.
- Sorella di 25 anni riferita sana.

ANAMNESI FISIOLÓGICA

-Crosta latteia fino a 3 mesi di vita. (Lesione eritematosa che compare al cuoio capelluto dei bambini nel primo anno di vita, durante il periodo dell'allattamento, è parafisiologica. È stato osservato che chi ha avuto la crosta latteia da bambino, sviluppa più

frequentemente una attitudine atopica, ovvero hanno più frequentemente allergie che possono essere stagionali, alimentari, oppure intolleranze alimentari).

-È mestrata regolarmente, con ciclo ogni 28 giorni, con intensità regolare (5 giorni).

-Fuma 10 sigarette al giorno

-Dieta mista, con assunzione di carne e pesce una volta alla settimana, beve 2 caffè al giorno, non beve alcolici, non consuma superalcolici.

-Non assume cronicamente farmaci, nè per la cefalea, nè durante il ciclo mestruale.

Elementi di rilievo.

-**Crosta lattea** (anche se non ha significato patologico, è coerente con le allergie del fratello).

-**Tiroidite autoimmune della madre.**

-Il fatto che mangi carne e pesce una volta alla settimana potrebbe indicare che consuma molti carboidrati, potrebbe essere un aspetto da indagare ulteriormente.

- **Fumo.**

Sostanzialmente l'anamnesi familiare e fisiologiche sono negative.

ESAME OBIETTIVO:

PAO: 110/70, FC: 90 R, FR: 14atti/min, temperatura: 37°C, saturazione in AA: 98%.

La cute al termotatto è calda, le mucose sono pallide, normoidratate, non vi sono edemi declivi, non vi è cianosi.

All'esame obiettivo del torace: suono chiaro polmonare, MV normotrasmeso su tutto l'ambito polmonare.

A livello cardiaco: suoni cardiaci puri, pause apparentemente libere.

A livello addominale: addome piano, alla palpazione superficiale c'è una lieve dolenzia ai quadranti superiori, bilateralmente; dolenzia provocata dalla palpazione profonda in ipocondrio sinistro. Peristalsi presente, non c'è epatosplenomegalia. Blumberg e Murphy negativi.

Esplorazione rettale: si provoca dolore in ingresso, non masse palpabili a livello dell'ampolla rettale, non si rileva sangue, le feci sono normocromiche e normoconsistenti.

Elementi di rilievo.

- La **cute è calda** (37°C),

-**Dolore nei quadranti superiori** alla palpazione superficiale

-**Dolore nell'ipocondrio sinistro** alla palpazione profonda.

-Le **mucose** sono **pallide**.

-**Dolore provocato in ingresso all'esplorazione rettale.**

-FC aumentata (dovuta probabilmente alla febbre?).

-Non sangue visibile nelle feci dell'ampolla rettale, feci normocromiche: no melena e no sanguinamento in ampolla (rettoraggia).

Non possiamo escludere altre forme di sanguinamento, servirebbe la ricerca del sangue occulto.

IPOTESI ED ELEMENTI A FAVORE E SFAVORE DELLE STESSE

Innanzitutto si può affermare che si tratterà di una patologia sottodiaframmatica.

- **Malattia infiammatoria cronica dell'intestino.**
 - Dolore in ipocondrio sinistro, non continuo. (Rettocolite: colon-retto. Morbo di Crohn: dalla bocca all'ano qualsiasi punto del tubo digerente)
 - Febbricola
 - Diarrea. Le caratteristiche sono compatibili con la localizzazione colica della patologia
 - Astenia
 - Dolore all'esame obiettivo: dolore nei quadranti superiori alla palpazione superficiale, nell'ipocondrio sinistro alla palpazione profonda
 - Fumo
 - Malattia autoimmune della madre (tiroidite autoimmune), e in generale la presenza di stimate autoimmuni nella famiglia.
- **Sindrome dell'intestino irritabile.** È più frequente in soggetti fragili, ma non significa che la sindrome dell'intestino irritabile sia una manifestazione psicosomatica, poichè ci sono delle alterazioni microscopiche documentabili per cui ci arrivi attraverso l'esclusione di altre patologie, però a livello di microscopia ci sono dei segni, infiltrati linfocitari... (*Ndr la registrazione non consente di comprendere l'entità di tali alterazioni microscopiche*), dunque la patologia è organica.
 - La diarrea dura da 15 giorni, in tale sindrome si alternano momenti di diarrea e momenti di stipsi
 - Insonnia e ansia
 - Astenia
- **Sindrome da malassorbimento,** potenzialmente celiachia dell'adulto.
 - Diarrea, la quale però non si dimostra un elemento a favore dell'ipotesi, in questo caso i volumi sono piccoli
 - Il dolore al fianco sinistro non è indicativo in quanto non è continuo e compare la sera

- Astenia
 - Mucose pallide (iposideremia)
 - Febbricola
 - No sangue all'esplorazione rettale
- **Ipotesi infettiva.**
 - Diarrea principalmente acquosa, in questo caso non c'è dissenteria. L'esclusione della diarrea infettiva è anche dovuta alla durata della diarrea. Si hanno anche casi di diarree infettive molto prolungate, ma sono forme molto particolari, generalmente legate a parassitosi, ad esempio amebiasi, vermi. Questi sono solitamente rinvenuti in persone che hanno fatto viaggi in zone dove si riscontrano contesti di endemia, o con abitudini alimentari particolari (ad esempio non cuocere le verdure, non lavarle o magari lavarle con acqua contaminata). Non si può escludere assolutamente la causa infettiva, ma nel 90% delle diarree che troviamo nel nostro contesto infettive le possiamo escludere.
 - Diarrea osmotica. Viene esclusa perchè dura da 15 giorni e il volume è piccolo. Attenzione! I processi intestinali sono sia fermentativi che putrefattivi. L'odore non è dovuto solo alla produzione di sostanze solforose, ma può essere dovuto ad una sovracontaminazione dell'ileo o può essere correlato a disturbi dell'assorbimento a livello ileale.
 - **Psicosomatico.**
 - Insonnia, ansia
 - Diarrea, ma dura da 15 giorni, dunque non indicativa per questo quadro. L'ipotesi psicosomatica si prende in considerazione quando non ci sono degli stati organici maggiori.
 - Astenia

Il quadro dell'intestino irritabile e quello psicosomatico si possono escludere. L'ipotesi più probabile è una patologia del colon.

ESAMI

- Aumento della PCR. VES e fibrinogeno nella norma.
- Emocromo: aumento dei leucociti totali, alla formula si vede che sono prevalentemente rappresentati da neutrofili.
- È presente un'anemia, con Hb=9.8 g/dL (cut off per le donne in età fertile =10 g/dL, per le donne in menopausa =12 g/dL, per l'uomo è 14 g/dL)
- Transaminasi nella norma. AST= 32 U/L. Bilirubina totale 1mg/dL, nella norma. Amilasi nella norma.
- Coproculture negative, ma positività per la ricerca di sangue occulto nelle feci.
- Ecografia addome: milza e fegato nella norma, ombre renali nella norma, a livello del colon discendente si nota un ispessimento della parete per un breve tratto.
- Rx torace nella norma.
- ECG nella norma.

Questi esami sono indicativi di una **flogosi cronica**, di un'**anemia** sostenuta da positività di sangue occulto nelle feci.

Si tratta dunque verosimilmente di una malattia infiammatoria cronica a carico del grosso intestino, per cui rimane aperta l'ipotesi che si tratti di un morbo di Crohn o di una rettocolite ulcerosa.

Da questo caso risulta l'importanza della tempistica, che ci permette di distinguere tra **diarree di tipo acuto, subacuto e cronico**:
 -le forme **acute** sono per la maggior parte sostenute da patologie infettive con o senza invasione della mucosa, oppure da farmaci, siano essi di tipo curativo per altra sede (es. antibiotici), o come effetti indesiderati di altri farmaci (es. antineoplastici);
 -le diarree **croniche** sono definite tali se durano oltre le 2 settimane. Possiamo distinguerle in varie forme in base alla patologia che le sostiene.

Le caratteristiche delle feci ci permettono di capire più o meno la sede e ipotizzare le forme di patologia che possono sostenerle: le feci possono andare da simili a poltiglia a diarrea franca (con componente acquosa maggiore); se abbiamo sindromi con alternanza diarrea-stipsi (es. sindrome dell'intestino irritabile), può essere presente muco specie a seguito di un periodo di diarrea prolungata, ma non c'è mai sangue, il paziente può riferire feci caprine nel periodo di stipsi.

Se ci sono lesioni della mucosa intestinale, siano esse sostenute da malattia infiammatoria cronica o da processi neoplastici, la ricerca del sangue è sempre un elemento importante che il paziente può descrivere come rettoraggia, ematochezie o come melena; se è al di sotto della soglia della visibilità si fa la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Nella diarrea cronica, quando le scariche sono voluminose, bisogna ricordare le sindromi da malassorbimento (se vi è anche insufficienza epatopancreatica possiamo avere steatorrea), quasi sempre caratterizzate da feci maleodoranti, sia per la permanenza di materiale che invece doveva essere assorbito, che per la contaminazione da parte della flora intestinale colica.

ALTRI ESAMI

- TAC: si vedono anse normali e un'ansa colica ispessita con all'interno materiale di contrasto. Questo ispessimento ci suggerisce un edema e quindi un'infiammazione a carico della parete. Di fronte all'età di questa paziente possiamo escludere una patologia neoplastica.
- COLONSCOPIA per aver conferma diagnostica. Si vedono regioni mammellonate, mucosa rosa pallido, ischemica e fibrotica. La biopsia di queste regioni evidenzia disorganizzazione delle cripte con infiltrato infiammatorio.

DIAGNOSI: MORBO DI CROHN IN FASE ATTIVA

Domanda di una studentessa : se la paziente avesse avuto una storia di viaggio all'estero, avremmo potuto escludere parassitosi per il riscontro di sangue occulto nelle feci?

Risposta: no, poichè esistono forme di parassitosi che implicano presenza di sangue occulto nelle feci. Inoltre in caso di parassitosi, la paziente avrebbe avuto altri segni. In ogni caso, se vi fosse stato un viaggio in zone endemiche si sarebbero dovuti fare anche altri esami per approfondire o quanto meno escludere.

CASO 2

Maschio caucasico di 33 anni, si presenta per una tumefazione laterocervicale destra da almeno 15 giorni, preceduta da astenia e febricola nell'ultimo mese. Lavora come manager in una industria tessile, riferisce anoressia e facile affaticabilità negli ultimi 2 mesi, con una perdita di peso di circa 2 Kg.

ANAMNESI PATOLOGICA

Buona salute.

Nell'ultimo anno: viaggio con la propria compagna a Nairobi.

Nell'ultimo mese: astenia, febricola, perdita di 2 Kg, saltuariamente tosse produttiva al mattino.

Negli ultimi 15 giorni: radendosi ha notato una tumefazione laterocervicale destra, inizialmente dolente, ora non più, non gli dà fastidio quando deglutisce.

Elementi di rilievo.

- Tumefazione** da 15 giorni, la quale era dolente alla palpazione inizialmente,
- astenia,**
- febricola,**
- perdita di 2 Kg,**
- anoressia,**
- viaggio a Nairobi,**
- tosse produttiva al mattino.**

ANAMNESI FAMILIARE

Padre vivente, 72 anni, riferito in buona salute.

Madre vivente, 65 anni, con diagnosi di artrite reumatoide senile.

Fratello gemello riferito in buona salute.

ANAMNESI FISIOLÓGICA

Buon mangiatore, dieta mista, attività fisica regolare in palestra (non nell'ultimo mese a cause dell'astenia).

Fumava 15 sigarette al giorno, ha iniziato a fumare all'età di 18 anni, da una settimana non fuma più. 3 caffè al giorno, 1-2 bicchieri di vino al giorno, non superalcolici, assume sporadicamente paracetamolo per cefalea.

Elementi di rilievo.

- Fumava ed ha smesso da una settimana** a causa del suo stato fisico, **non va più in palestra,**
- artrite reumatoide della madre.**

ESAME OBIETTIVO

PAM:120/80, FR:12atti/min, FC: 80/min, Temperatura: 36.2°C, Saturazione: 98% AA.

Cute normotermica.

Tumefazione laterocervicale destra, con consistenza duro-elastica, non dolente alla palpazione, mobile rispetto ai piani superficiali. Microlinfoadenopatia ascellare sinistra, non ci sono altri linfonodi palpabili nelle comuni sede di repere (laterocervicale, sovraclaveare, ascellare, inguinale, occipitale).

Torace: suono chiaro polmonare, MV lievemente ridotto su tutto l'ambito polmonare, rari ronchi in campo medio del polmone di destra.

Cuore: sostanzialmente negativo.

Addome: piano, trattabile, non dolente. Fegato debordante di 1.5 cm dall'arco costale in inspirio, non splenomegalia. Manovre di Blumberg, Murphy e Giordano negative.

Elementi di rilievo.

- Confermata la **tumefazione** che viene rinvenuta come di consistenza duro-elastica, non dolente alla palpazione, mobile rispetto ai piani superficiali.
- Microlinfoadenopatia ascellare sinistra** (sotto 1 cm)
- Epatomegalia** (1.5 cm dall'arco costale in inspirio).
- MV lievemente ridotto** su tutto l'ambito polmonare, rari **ronchi in campo medio del polmone di destra.**
- Frequenza cardiaca di 80/min (nonostante sia uno sportivo).

IPOTESI

- Linfoma (di Hodgkin)
- Mononucleosi

- Causa infettiva diversa dalla mononucleosi (con tropismo epatico)
- Neoplasia polmonare

Lezione di Semeiotica M. e C. del 18/11/2013 (1)

Semeiotica e metodologia clinica 18/11/2013

Francesca Ligorio

Sbobinatore: Francesca Ligorio

Revisore: Tommaso Baroni

Allora, buon pomeriggio a tutti, avete risolto il caso clinico?
Ditemi le ipotesi a cui siete arrivati.

Studenti:

- Linfoma di hodgkin
- Infezione con tropismo epatico
- EBV
- Neoplasia polmonare

Allora, quali sono gli elementi che avete trovato a favore?

Vi ricordate il caso? Questi sono gli appunti che avevate preso:

Madre con patologia autoimmune, l'artrite reumatoide;

In anamnesi c'era un viaggio;

Poi nell'ultimo mese l'astenia, la febbre, la perdita di peso;

Negli ultimi 15 gg riscontro di una tumefazione laterocervicale destra facendo la barba, inizialmente dolente alla palpazione, ora non più dolente;

Tosse produttiva soprattutto al mattino.

L'esame obiettivo del capo-collo ci faceva verificare la presenza della tumefazione in sede laterocervicale dx, di consistenza duro-elastica, non dolente alla palpazione, mobile rispetto ai piani superficiali, una microlinfoadenopatia (quindi linfonodi < 1 cm) nel cavo ascellare sx, non palpabili linfonodi nelle altre comuni sedi di repere.

Torace: Suono chiaro polmonare, MV lievemente ridotto su tutto l'ambito polmonare, con dei rari ronchi al campo medio del polmone di dx.

Addome: fegato debordante 1.5 cm dall'arco costale in inspirio in assenza di splenomegalia.

Gli elementi che avete tirato fuori l'altra volta sono questi, queste sono le vostre ipotesi (riferimento alle ipotesi diagnostiche citate sopra, Ndr), adesso dovete dirmi quale delle ipotesi è vera sulla base del lavoro che avreste dovuto fare voi, cioè identificare gli argomenti a favore dell'una o dell'altra.

Studentessa: Astenia e febbre da un mese penso siano delle caratteristiche tipiche di neoplasia, quindi ci stanno con il linfoma di Hodgkin; sempre con il linfoma ci stanno l'anoressia e la perdita peso, la tumefazione laterocervicale dx da 15 gg e anche l'epatomegalia, che è un segno caratteristico di quando il tumore ha una localizzazione epatica. L'unica cosa che mi lasciava un po' perplessa era la linfadenopatia nel cavo ascellare sx, cioè dall'altra parte, che ho pensato potesse essere ricondotta a una generale perdita delle difese nell'ultimo mese, nel quale è insorta tutta la sintomatologia. Potrebbe esserci un'infezione polmonare, facilitata dallo stato di deperimento.

1. Poi, altri argomenti a favore?

Studente: EBV può stare con la linfadenopatia cervicale, anche se non molto con il tipo di distribuzione, e anche con la febbre e astenia, che possono durare anche diversi giorni.

Con infezione epatica virale potrebbe starci l'epatomegalia, e anche la febbre e l'astenia.

1. : Sì però i linfonodi dove li mettiamo? Lui è venuto proprio per questo.

La neoplasia polmonare invece, la teniamo o la eliminiamo?

Studentessa: L'avevo proposta io, ma in realtà riflettendoci sopra ho notato delle caratteristiche che mi farebbero propendere sì per una neoplasia, ma molto più per il linfoma, quindi la escluderei.

1. Questo apre per me una serie di considerazioni che vorrei condividere con voi:

1) La negatività di un rilievo non vuol dire assenza di rilievo. Perché dico questo: voi avete fatto delle ipotesi, che sono ipotesi sistemiche, sono malattie sistemiche. L'infezione da EBV, per quanto il virus abbia tropismo per la serie bianca, è una malattia sistemica. Il linfoma di Hodgkin è comunque una patologia sistemica, non è una patologia locale. Attenzione! Qui abbiamo un paziente che ha una sola stazione linfonodale colpita, che è quella che gli fa male, ed è monolaterale. 2) Altro elemento che non guardate mai è l'evoluzione temporale: questi linfonodi cambiano le proprie caratteristiche. Prima sono dolenti, poi il paziente li sente sì, ma non sono più dolenti 3) Le caratteristiche intrinseche dei linfonodi.

Nessuno di voi ha lavorato su questi elementi. E' importante da parte vostra che incominciate ad attuare un approccio analitico critico su di voi in modo da valorizzare tutti gli elementi che vengono dall'esame obiettivo. Sia come elementi di positività di un sintomo, di un segno, di un'evidenza, sia come elementi di assenza di quest'evidenza. Il fatto che il paziente abbia una sola stazione linfonodale interessata (anche se ha una microlinfoadenopatia dall'altra parte) ci deve far pensare che sia un problema locale e non sistemico; inoltre cos'è che ci deve far pensare che entrambe queste ipotesi non reggono? Il cambiamento delle caratteristiche del linfonodo nel tempo.

Un processo tipo Epstein Barr o linfoma, ha una linfadenopatia, che potrebbe essere sistemica, e un'evidenza di monolateralità rarissima (nel 90% dei casi sono bilaterali). Ma **quello che non accade mai è il fatto di avere linfonodi dolenti**. Nel linfoma di Hodgkin spesso il paziente si trova il linfonodo facendosi la barba, ma non perché sia dolente.

La dolenzia del linfonodo cosa ci deve far pensare? E' innervato il linfonodo? No. E allora perché può fare male?

O perché è interessato da un processo infiammatorio così acuto che lo fa diventare grosso, ma se così acuto c'è un processo infiammatorio importante. Oppure qualcosa all'interno del linfonodo cambia le sue caratteristiche per cui i processi flogistici possono interessare tutto il linfonodo, ad esempio una degenerazione, una colliquazione.

L'altro elemento importante che ci fa escludere la neoplasia è il fatto che i linfonodi siano mobili rispetto ai piani profondi e superficiali. Questo vuol dire che il processo che interessa il linfonodo, qualsiasi esso sia, è un processo che non supera la capsula; questo gli permette di essere mobile rispetto ai piani superficiali e profondi.

Inoltre in un processo neoplastico con localizzazione linfonodale (metastasi di tumori solidi o neoplasie "liquide", linfomi) **i linfonodi hanno consistenza aumentata ma non duro-elastica.**

Se dico duro elastico, cosa vi viene in mente? Avete una similitudine, un elemento di cui avete fatto esperienza, che potrebbe non essere il paziente, per associare il duro-elastico all'idea della consistenza? Io quando penso al duro elastico, non posso usare i termini della semeiotica del 1800: penso a una cosa che conosco: il duro elastico corrisponde alle "morositas" (*caramelle, Ndr*). Se la schiacciate si deforma. Una morositas dura è il linfonodo della metastasi o del linfoma, quella morbida è il linfonodo duro elastico.

Quando voi studiate un paziente gli elementi che dobbiamo far emergere, sono le evidenze da un lato, l'assenza di altri segni, che costituiscono delle informazioni, dall'altro. Il fatto che i linfonodi fossero da un lato solo e non da entrambi, non è trascurabile; il fatto che il linfonodo cambi le caratteristiche nel tempo non è trascurabile.

Quindi valutate l'evoluzione temporale, le caratteristiche e l'assenza di elementi aggiuntivi (simmetria, asimmetria, polidistrettualità). Questo ci fa capire se siamo di fronte a una malattia sistemica o locale.

Studente: Mi era venuta in mente la malattia da graffio di gatto, da Bartonella. Mi ricordo che può dare, a livello linfonodale, ingrossamento e dolenzia che poi scompare nel tempo. Poi la febbre era compatibile. Però nel sito di inoculo dovrebbe presentarsi una lesione, e lì non c'era nessuna evidenza.

1. : Oltre al fatto che lui non ha gatti. E i rumori a livello polmonare? Hanno un significato nel nostro quadro o il paziente potrebbe avere due malattie?

Studentessa: Non dimentichiamo che era un fumatore, che un mese fa ha smesso e che quando ha smesso è cominciata una tosse produttiva al mattino, che è abbastanza tipica.

1. Nessuno di voi ha considerato il fatto che sia andato a Nairobi, è importante. E' andato in un'area in cui ci sono malattie endemiche, che da noi non lo sono più (anche se ci sono dei focolai di infezione attivi) come la tubercolosi. Questo paziente potrebbe avere una tubercolosi con localizzazione solo ai linfonodi laterocervicali.

Vediamo le stazioni del capo collo. Quando all'esame vi viene chiesto quali sono le stazioni linfonodali dovete saperle.

Dei linfonodi dobbiamo apprezzare:

- la sede;
- le dimensioni (una volta si usavano dimensioni basate sull'esperienza: "come un pisello, una fava, una nocciola". Noi esprimiamolo in cm.);
- la consistenza (normale, aumentata, francamente dura, ridotta, duro-elastica, molle);
- la mobilità rispetto ai piani superficiali e profondi (si prende il linfonodo, lo si muove lievemente rispetto al piano superficiale, maggiore pressione rispetto ai piani profondi
- la dolorabilità, non solo descritta da voi ma evocabile visitando il paziente;
- l'evoluzione

In alcune stazioni linfonodi, per esempio a livello inguinale ma anche a livello laterocervicale, quando ci sono delle patologie locoregionali in sedi di cui il linfonodo è tributario ci potrebbero essere delle righe rosse che corrispondono al tragitto del linfatico verso il linfonodo (linfangite). Per cui dobbiamo verificare se ci sono arrossamenti della cute.

Torniamo al paziente. Io, sulla base delle caratteristiche cliniche, avrei escluso EBV e l'infezione con tropismo epatico, avrei lasciato i linfomi ma avrei tenuto aperta la tubercolosi, per alcuni motivi: il viaggio, l'evoluzione clinica della linfadenopatia, le caratteristiche dell'esame obiettivo, la tempistica dell'evoluzione. Quindi avrei messo al primo posto la TBC, al secondo il linfoma.

Facciamo gli esami complementari e vediamo che c'è:

- aumento della PCR, con fibrinogeno e VES nella norma;
- all'emocromo c'è una linfocitosi neutrofila, ed è presente un'anemia con 11g/dl (ricordate che nel maschio secondo l'OMS l'Hb normale è 14g/dl);
- transaminasi normali, bilirubina 1mg/dl, cioè normale, amilasi nella norma;
- Rx torace nella norma;
- ECG nella norma.

La tosse la possiamo interpretare nell'ambito delle bronchiti croniche in un fumatore.

Abbiamo bisogno di capire un po' meglio, quindi facciamo un'ecografia del linfonodo.

Nell'immagine sulla sinistra c'è la topografia e l'estensione a cui il paziente viene posto, per fare in modo di avere più accessibilità alle stazioni laterocervicali, anteriori, posteriori, sopraclavari, mentonieri. (*credo intenda l'estensione del capo adeguata per consentire di apprezzare al meglio i linfonodi in questione ndr*) Questa è l'immagine del linfonodo: guardate quanto nero è, quelli grigi sono i piani muscolari, discontinui perché ci sono i fasci muscolari. I linfonodi di solito non sono così neri, e soprattutto all'interno non c'è questa cosa quasi bianca.

(*riporto quanto detto, purtroppo l'immagine è assente, Ndr*)

Abbiamo fatto un agoaspirato: nella densità bianca, che corrisponde a materiale colliquato, troviamo il nucleo germinativo del linfonodo con tutte queste aree di necrosi e all'interno del materiale caseoso, con la colorazione per i bacilli alcool-acido resistente, si vede la presenza del bacillo della tubercolosi.

Quindi ci troviamo di fronte a una linfadenite tubercolare laterocervicale in un paziente con bronchite cronica, fumatore.

In un linfoma un linfonodo non ha quel centro colliquato, è bello denso (sarebbe tutto nero, all'ecografia, con una periferia grigia).

Ok, riassumendo, questo è quello che ci siamo detti:

- Viaggio a Nairobi
- Astenia e perdita di 2 kg (è tipica dei processi sostenuti da M. tubercolosis)
- Tumefazione laterocervicale, inizialmente dolente e poi non, con le caratteristiche alla palpazione della mobilità rispetto ai piani superficiali e profondi.

Proviamo con altro caso. Poniamo l'attenzione sull'assenza come presenza da valorizzare.

Donna caucasica, 78 anni, viene accompagnata alla nostra osservazione per la comparsa di dispnea ingravescente da almeno una settimana, con succulenza pretibiale, accompagnata nelle ultime 24/48 ore da febbre (37.4) con caratteristiche persistenti, ma responsiva al paracetamolo. Questa mattina è comparsa tosse secca.

Anamnesi patologica remota:

Buona salute, parto all'età di 30 anni con una trasfusione postpartum. All'età di 54 anni le viene diagnosticata un'ipertensione arteriosa, al momento in terapia farmacologica con un antiipertensivo (ACEi). Sei mesi prima dell'accesso in pronto soccorso era stata ricoverata per un episodio di dispnea e la diagnosi alla dimissione era stata "iniziale scompenso cardiaco congestizio" Quali elementi prendiamo?

Studente: cosa vuol dire succulenza pretibiale?

1. : Vuol dire edema pretibiale improntabile, ma non così abbondante da generare il segno della fovea (che invece deve essere almeno profondo 1 cm, se no è solo "improntabile"). Cosa prendiamo?

Studenti:

- Dispnea da una settimana, ingravescente;
- Succulenza pretibiale;
- Febbre, 37.4 (NB: fino a 37.2 è febbricola, questa è febbre) da 24-48 h, responsiva al paracetamolo;
- Tosse secca nelle ultime 12 ore;
- Ipertensione, in trattamento con ACEi almeno da 20 anni;
- Precedente ricovero per dispnea con diagnosi di scompenso cardiaco.

Studente: Perché è stata trasfusa post partum? Per perdite di sangue massive?

1. Sì. Tieni conto che ha avuto il figlio a 30 anni, cioè 48 anni fa. Negli anni '50 le tecniche ginecologiche, chirurgiche ostetriche non erano un granchè.

Anamnesi Familiare

- Padre e madre deceduti per senectus (vecchiaia);
Fratello, 68 anni, iperteso e diabetico (DMII);
Sorella, 62 anni, riferita sana;

Anamnesi fisiologica:

La paziente, che ha 78 anni, è in menopausa dai 48, ha una dieta mista, mangia carne e pesce una volta a settimana, beve 2 caffè al giorno, non beve alcolici né superalcolici. Assume ACE inibitori. Cosa volete prendere da qua?

Studenti:

- L'ipertensione del fratello, e il diabete.

Esame obiettivo:

PAO 140/90, FC: 90R, 14 atti respiratori al minuto, 36.5 di temperatura, saturazione 90% in aria ambiente (relativamente normale, per l'età).

Cute calda al termotatto, mucose pallide, edemi declivi, non cianosi. Ittero sclerale.

Al torace: MV ridotto su tutto l'ambito, bilateralmente. Crepitii alla base di dx, con una zona di ipofonesi di 2 cm a dx, con silenzio auscultatorio.

Cuore: Toni puri, pause apparentemente libere.

Addome globoso, con falda ascitica. Fegato debordante di 4 cm dall'arco costale, di consistenza aumentata; milza debordante di 2 cm dall'arco costale in inspiro. Peristalsi presente ma torpida.

Bloomberg negativo, Murphy negativo. Esplorazione rettale negativa.

Cosa volete prendere?

Studenti:

- Tachicardia.
- Saturazione. *Prof.ssa:* No, a quest'età è normale.
- Subittero;
- Mucose pallide.
- Edemi declivi.
- Epatosplenomegalia.
- MV ridotto

1. Restiamo in ambito addome. Gli aggettivi hanno un significato per voi? Danno valore alle cose che dite, e vi consentono di poter fare delle deduzioni.

C'è solo epatosplenomegalia? No. C'è anche un fegato di consistenza aumentata.

Studente: Cosa indica la consistenza aumentata?

1. Lunardi vi avrà sicuramente detto che il fegato può avere consistenza parenchimatosa, ridotta (molle), aumentata fino a diventare duro-lignea. Normalmente non è dolente alla palpazione, ma può essere dolente. Non posso darvi la risposta oggi, altrimenti vi svelo il caso. Vi dico la consistenza duro-lignea, che è frequente almeno in tre condizioni caratteristiche con fegati sostituiti, (1) su base congenita, per esempio le (*Non si capisce. Sulla base di ciò che ho trovato, ipotizzo faccia riferimento alle "malattie ad accumulo lisosomiale" e all'amiloidosi*), le trovate in età pediatrica, oppure nell'adulto dove (2) la sostituzione è neoplastica (epatocarcinoma o metastasi di neoplasie solide in altra sede), (3) oppure può essere l'evoluzione terminale di un processo cirrotico con fibrosi;

in questo caso l'involuzione dell'organo farà sì che non abbiamo epatomegalia: l'organo anzi tende a restringersi. E' come se fosse una grande cicatrice.

Il fegato esce di 4 cm dall'arco costale, mentre la milza di 2 (non nota la consistenza).
Altre considerazioni?

Studenti:

- Falda ascitica e addome globoso.
- Bloomberg e Murphy negativi.
- Peristalsi torpida.
- Crepitii alla base dx, con zona di ipofonesi di 2 cm.
- Dispnea ingravescente, ma la frequenza nel range di normalità. Vuol dire che la dispnea è passata?

1. No, anzi la paziente è venuta per questo. Ma la frequenza normale è un elemento negativo che ha valore; l'altro elemento negativo che ha valore ed è importante è l'assenza di cianosi. Quindi questa dispnea non compromette l'efficienza degli scambi gassosi.

Quali ipotesi vi sentite di formulare?

Studentessa:

- Patologia epatica?

1. Troppo generico. Cosa intendi?

Studentessa: Epatite virale, ad esempio da HCV.

1. Acuta? Cronica?

Studentessa: Cronica. (un altro studente poi aggiunge l'ipotesi di un'epatite cronica riacutizzata).

1. Altre ipotesi?

Studenti:

- Insufficienza cuore dx, che magari provoca una stasi venosa.
- Infezione da HCV con coinvolgimento renale. Le infezioni da HCV possono dare coinvolgimento renale, che potrebbe essere responsabile degli edemi, sia declivi sia in sede polmonare. Infezione che potrebbe essere stata contratta con la trasfusione, visto che è stata fatta in epoca pre-controlli trasfusionali. Anche l'ipertensione non favorisce il quadro renale.
- Un problema pleurico, visto che abbiamo una zona di ipofonesi, ma il tessuto di scambio non è compromesso.

Proviamo a ragionare su queste. Partiamo dalla riacutizzazione di epatite cronica HCV correlata.

Quali sono i segni di riacutizzazione di epatite cronica? Cioè quali sono i segni di epatite acuta?

Studente: Subittero, febbre.

1. : Analizziamo bene: riacutizzazione di epatite cronica vuol dire che si tratta di epatite acuta.

Non ci sta perchè se fosse una riacutizzazione avremmo dei segni di epatocitolisi: dolenzia epatica (da distensione della Glissoniana), subittero, fino a ittero franco, urine marsalate. Questo paziente ha invece una serie di sintomi che non rientrano nella riacutizzazione dell'epatite, nè nell'epatite cronica. La paziente stava bene fino a qualche giorno prima. Inoltre quando è stata dimessa dall'altro ospedale non era subitterica: qualcosa di acuto c'è. Ma mancano i segni di epatite acuta. Inoltre con l'epatite cronica non ci sta la splenomegalia e un quadro ascitico. Nel momento in cui compaiono splenomegalia e ascite non ci troviamo più davanti all'epatite cronica, ma ci troviamo in una situazione in cui il fegato non è solo interessato da un processo infiammatorio cronico HCV correlato o HBV correlato, ma a una defaillance funzionale del fegato. Questa compromette

la sintesi proteica, e si traduce in un'ascite. In questo caso il fegato ha una cirrosi, che magari è sì correlata a una precedente epatite cronica, magari HCV, ma in questo momento il quadro che ci troviamo ad affrontare non è quello di un'epatite cronica. Tra le cause di splenomegalia non c'è l'epatite cronica. La splenomegalia può essere indotta da cause differenti: su base infiammatoria, su base vascolare, da emocateresi, su base neoplastica, ma non può essere data da epatopatia. In questo caso la splenomegalia è data da un'alterazione delle pressioni portali. L'intuire un possibile *primum movens*, è una cosa; identificare lo stato patologico un'altra. Ci vuole metodo.

Vediamo cosa ci sta con l'insufficienza destra.

(Studentessa propone Anemia emolitica, la prof.ssa dice di andare prima avanti con l'insufficienza destra, Ndr)

Studenti:

-Edemi

-Dispnea

-Epatomegalia

-Ascite

-Splenomegalia (questa un po' tra parentesi, perché dipende da quanto tempo dura)

-Zona di ipofonesi (verosimilmente un versamento; però dovrebbe essere bilaterale, a meno che non ci sia una trombosi ma sarebbe davvero troppo complesso).

(tra parentesi i commenti della prof.ssa, Ndr)

-Subittero,

1. *ssa*: Sì, inteso come stasi epatica e riduzione delle funzioni epatiche. C'è una dilatazione delle vene sovraepatiche, quindi si scarica meno a destra; la stasi rallenta tutto ciò che è *(Non si capisce. Dal contesto ipotizzo "a monte")*.

Cos'è che non ci sta con un'insufficienza renale acuta relata a HCV?

Io non l'avrei mai pensata, perché qui l'edema è solo sotto il diaframma. Nell'insufficienza renale, in cui c'è un'alterazione dello spostamento dei liquidi nel loro insieme, nelle sindromi nefrosica/nefritica, l'edema è anche al volto, alle palpebre. Qui l'assenza ci giustifica il quadro. E comunque anche nell'insufficienza renale il versamento sarebbe bilaterale.

Ci rimane in piedi solo l'insufficienza destra. Togliamo la riaccutizzazione, di cui non abbiamo segni. Per quanto riguarda l'epatite cronica HCV correlata, ne abbiamo discusso prima. Eventualmente sostituiamola da cirrosi HCV correlata.

Mesotelioma: il mesotelioma generalmente è una neoplasia piuttosto subdola. Il paziente giunge alla nostra osservazione già con il versamento pleurico. E non è generalmente accompagnato da tutta questa coorte di sintomi che sembrano indirizzarci verso un'area sottodiaframmatica.

Anamnesi: ci sono le cose che ci siamo già detti.

-Ipertensione arteriosa;

-Trasfusione postpartum;

- *(Non si capisce. Comunque nulla che non sia già stato detto)*

-sei mesi prima il ricovero per lo scompenso cardiaco;

-da una settimana dispnea ingravescente con succulenza pretibiale;

-nelle ultime 24-48 h febbre persistente ma responsiva a paracetamolo;

-dalla mattina tosse secca;

-14 atti respiratori al minuto;

-al torace: crepitii con l'ipofonesi alla base di dx;

-all'addome: globoso, falda ascitica, fegato debordante 4 cm dall'arco di consistenza aumentata, milza debordante di 2 cm dall'arco all'inspirio, peristalsi presente ma torpida, Bloomberg negativo. Murphy negativo.

Guardiamo una tabella sugli edemi. Questa tabella analizza le informazioni in relazione alla patogenesi, alla consistenza dell'edema, alle caratteristiche al termotatto, se è presente o meno edema delle dita, la durata, e il fatto che l'edema possa essere bilaterale. Gli elementi che mettiamo a confronto sono questi:

EDEMA ORTOSTATICO, INSUFFICIENZA CARDIACA, INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA, LINFEDEMA.

La **consistenza e la presenza o meno della fovea** sono elementi che dobbiamo sempre valorizzare.

Il **termotatto**: una temperatura normale o aumentata ci parlano di quadri clinici differenti, così come la riduzione al termotatto, quindi l'arto un po' freddo. Questo lo troviamo quando c'è un'insufficienza vascolare, quindi un'insufficienza cardiaca verosimilmente accompagnata da una panvascolosclosi quindi una ridotta perfusione periferica; lo troviamo anche nel

linfedema, proprio perché c'è un ridotto meccanismo di scarico quindi la stasi linfatica. Questo, a meno di una sovrainfezione, tende a mantenere la cute normale o ridotta al termostato.

L'edema delle dita (togliete la calze ai pazienti! I piedi sono importanti. Il prof. De Sandre, che insegnava in questa Università ricordava sempre il caso di paziente morto per metastasi da melanoma; il melanoma era sulla pianta del piede e nessuno gliel'aveva mai scoperto):

- nell'edema ortostatico è presente tranquillamente;
- è assente nell'insufficienza cardiaca;
- è presente nell'insufficienza venosa e nel linfedema.

La durata:

- temporaneo (dopo stazione eretta prolungata) nell'edema ortostatico;
- permanente nell' insufficienza cardiaca, in quanto legato a una panvasculosclerosi;
- permanente (ma peggiora durante la stazione eretta) nell'insufficienza venosa (siamo soggetti a gravità, se non c'è efficienza del sistema valvolare venoso periferico il sangue tende a ristagnare negli arti inferiori);
- permanente nel caso del linfedema.

Ancora una volta la bilateralità vi aiuta a capire cosa avete di fronte. (*non capisco a cosa si riferisca, non avendo la tabella. Ndr*)

Facciamo gli esami complementari:

- indici di flogosi: PCR aumentata, VES nella norma;
- l'emocromo evidenzia: 7000 globuli bianchi, con formula indifferente (neutrofili e linfociti normali), 90000 piastrine, Hb 11.8 (anemica, coerente con le mucose pallide), MCV di 100 fL (aumentato);
- indici di funzione epatica: siccome è in urgenza facciamo le AST, che sono aumentate; la bilirubina totale è 5mg/dl (aumentata), le amilasi sono nella norma, INR e aPTT sono allungati.
- Eco addome: fegato ingrandito con ecostruttura disorganizzata, la colecisti è nella norma, non c'è dilatazione delle vie biliari intra- ed extraepatiche, la splenomegalia viene confermata (con diametro polo-polare di 19 cm). Le ombre renali sono nei limiti, ed è confermata l'ascite.
- Rx Torace: Cuore ai limiti superiori della norma, (parola incomprensibile), l'emidiaframma di dx è sollevato, c'è un addensamento al campo polmonare dx con strie distelettasiche e versamento pleurico omolaterale di modesta entità.
- ECG nella norma.

Che cosa ci dicono questi esami? Innanzitutto ci dicono che c'è uno stato di flogosi acuta. La PCR è aumentata, ma i globuli bianchi sono normali (infatti il cut-off è di 10000). Però in una paziente con splenomegalia, che ha poche piastrine ed è anemica, 7000 bianchi in presenza di un aumento della PCR è discrepante. Se la signora non avesse una splenomegalia avrebbe più di 10000 globuli bianchi. A cosa ci troviamo di fronte? Questa è una situazione in cui la splenomegalia ha un significato di ipersplenismo, dove i 7000 GB sono ciò che rimane in periferia dopo la funzione emocateretica della milza. Se la signora avesse una milza normale probabilmente avrebbe 12000 bianchi, 300000 piastrine e 12 di Hb. Quindi siamo di fronte ad una milza aumentata di volume che funziona anche di più. I 7000 in realtà sono ridotti, rispetto a ciò che ci dovremmo aspettare in una condizione di infiammazione acuta. La milza mangia di più, per cui abbiamo l'esame emocromocitometrico falsato dalla funzione aumentata della milza.

La funzione epatica: AST aumentato con bilirubina totale aumentata. Cosa ci dice questo? Che c'è sofferenza epatica, in senso di epatocitolisi, ma con una componente colestatica (bilirubina) molto elevata. 5 mg/dl di bilirubina infatti è molto per essere una bilirubina che nasce solo dalla parziale ridotta funzione del fegato (abbiamo 125 di transaminasi AST). Se fosse un'epatite acuta dovremmo avere 5000 di AST, e allora ci andrebbe bene 5 mg/dl di bilirubina.

Sono però anche discrepanti quell'11.8 g/dl di Hb e i 5 mg/dl di bilirubina: se avessimo 5 di bilirubina tutti di origine emolitica, dovremmo avere 10-8-7 di Hb, perché vorrebbe dire che tutta quella bilirubina nasce dalla rottura dei globuli rossi in circolo. Ma questo non è il caso: il cutoff per l'anemia per le donne in età postmenopausale è 12; la signora con 11.8 ha un'anemia lieve.

Il fegato ha una struttura disorganizzata e a livello addominale c'è un'ascite.

L'Rx torace ci aiuta perché ci dice che c'è non solo un versamento pleurico a dx, ma che l'emidiaframma dx è sollevato.

Perché? A causa dell'epatomegalia: il fegato, oltre a debordare di 4 cm, con la cupola sposta l'emidiaframma. Facciamo l'ecografia: (*commenta immagini, ndr*) Questo è un fegato normale, questo è un fegato disorganizzato, con disorganizzazione che può essere generale (grigio-bianco di aspetto granulare); i granuli possono rimanere come granuli oppure organizzarsi come noduli rigenerativi.

Questo (*immagine*) è l'aspetto di un torace con emidiaframma rialzato e versamento pleurico. Dico che c'è versamento pleurico perché l'angolo tra diaframma e parete toracica normalmente è acuto; qui è invece tagliato.

Andiamo ad analizzare bene gli esami visti prima. Ci troviamo di fronte a un quadro cirrotico. Non vi ho valorizzato una cosa importante: va sottolineato l'aumento dell'INR e dell'aPTT: i fattori della coagulazione sono infatti di origine epatica. Una defaillance epatica si rifletterà in una diminuzione, oltre che dell'albumina, anche di altre proteine come i fattori della coagulazione e il fibrinogeno. Quindi questo allungamento dei tempi della coagulazione la possiamo valorizzare in un'ottica di ridotta efficienza della sintesi epatica.

Facciamo altri esami: troviamo che anche le gGT sono aumentate, l'LDH (che ci esplora la colostasi) è aumentata, le proteine totali sono nella norma mentre l'albumina, che è una proteina sintetizzata in grandi quantità dal fegato è 22g/l, quindi significativamente ridotta.

La CHE, che va a valutare l'efficienza sintetica del fegato è significativamente ridotta, (2278 UI/L). Anche l'alfa-fetoproteina, che in generale ci parla della capacità generativa del fegato (NB: non solo quindi è un marker neoplastico, ma anche è un marker di rigenerazione epatica: il paziente trapiantato di fegato va monitorato con alfa-feto proteina per capire la sua capacità di rigenerazione. Il paziente dopo un'epatite acuta fa l'alfa-fetoproteina per vedere se il suo fegato è capace di rigenerare.

Chiaramente se si rigenera troppo in senso neoplastico l'alfa-fetoproteina aumenterà. Quindi gli aumenti di alfa-feto proteina possono aver un significato fisiologico o patologico, dipende dal contesto).

Facciamo una sierologia per HCV, HBV e altri virus epatotropi ed effettivamente troviamo anticorpi antiHCV positivi con un HCV-RNA di 5000 copie. Facciamo la biopsia epatica e vediamo che ci troviamo di fronte a un fegato cirrotico. (*commenta immagine di un fegato cirrotico*: si notano le aree fibrotiche, con la riduzione e la disorganizzazione degli spazi portali, che influenza sia l'efficienza metabolica che l'efficienza di sintesi.)

Esistono dei criteri per poter stabilire la gravità di un'insufficienza epatica; sono i criteri di Child modificati da Pugh. (*commenta la slide*) C'è un punteggio, da 1 a 3 e uno stadio, che è dato dalla somma di questi punteggi. I parametri considerati includono:

- la bilirubina, come capacità di detossificazione;
- l'attività protrombinica e l'albumina come capacità di sintesi;
- la presenza o meno di ascite, correlata all'albumina e all'ipertensione portale;
- la presenza di una complicanza correlata all'ipertensione portale e all'insufficienza epatica, con l'incapacità di eliminazione delle sostanze tossiche, che è la comparsa di encefalopatia di tipo portosistemico.

La somma di questi punteggi (presenza di bilirubinemia=1, ecc) determina la classificazione in diversi stadi: stadio A, B, C. La nostra paziente, se fate il calcolo, ha Child di stadio B. Quindi a cosa ci troviamo di fronte?

Ad una cirrosi epatica HCV correlata, scompensata, con ipertensione portale e polmonite lobare dx in paziente con cardiopatia ipertensiva. Pensiamo in senso dinamico: se abbiamo sollevamento dell'emidiaframma di destra perché c'è un'epatopatia e un aumento volumetrico del fegato, la ventilazione del lobo inferiore da quel lato è meno efficiente. E da quel lato, in pazienti con cirrosi epatica, più frequentemente si può osservare l'interfaccia pleurica del versamento ascitico, e tipicamente il versamento pleurico è a destra.

Quindi a destra più frequentemente trovate il versamento pleurico e una sovrainfezione, perché c'è una ridotta ventilazione. Si ha quindi una polmonite acuta, come era il caso di questa paziente.

Studentessa: In caso di cirrosi epatica il volume dell'organo non dovrebbe essere ridotto?

1. Dipende dallo stadio. Ci sono tre stadi. La signora non è a uno stadio terminale totalmente ipotrofico.

Studentessa: Nel caso precedente perché il linfonodo da dolente è diventato non dolente?

Prof.ssa: Perché nella fase infiammatoria acuta il linfonodo, sulla base della presenza del micobatterio, richiamava una risposta infiammatoria acuta, e aumentava il proprio volume. Nel momento in cui il processo diventa infiammatorio cronico cambiano le citochine e il micobatterio si crea un microambiente in cui sopravvive, con una propria indipendenza, e scompare il dolore tipico della risposta infiammatoria acuta. Sono le citochine che agiscono da neuromodulatori del dolore.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 19/11/2013 (1)

19/11/2013

Sbobinatore: Fabio Lonardi

Revisore: Francesco Barbato

Prof.ssa Lucia De Franceschi

Affrontiamo l'ultimo caso clinico che avete con me e vediamo in che direzione siamo in grado di andare.

si tratta di un signore di 72 anni che viene alla nostra attenzione per dispnea e dolore toracico continuo che alle volte percepisce come senso peso retro-sternale, la dispnea è comparsa 2 settimane prima di venire alla nostra osservazione, ma la cosa interessante

è che il dolore toracico è comparso solo 2 giorni fa, il dolore si accentua con gli sforzi fisici e non si irradia al giugulo o al braccio sinistro, a volte riferisce cardiopalmo senza sforzo fisico; riferisce episodio simil-influenzale 10 giorni prima, con artromialgie diffuse e cefalea che si è autorisolto in 5 giorni

anamnesi patologica: generalmente buona salute, appendicectomia a 17 anni, riduzione ernia inguinale a 45 anni, terapia anti-tensiva da circa 5 anni, ricorda la terapia che sta seguendo, le molecole usate sono sartani (ampiamente usati nel controllo dell'ipertensione arteriosa) associati ad un diuretico.

Quali elementi volete utilizzare?

è maschio e ha 72 anni

dispnea con dolore toracico continuo, dispnea da 2 settimane, dolore solo da 3 giorni,

il dolore è da sforzo, non si irradia, talvolta avvertito come dolore retrosternale,

episodi di cardiopalmo non legati allo sforzo,

ipertensione non controllata nonostante la terapia (non chiaro perché mettano questo dato, visto che più avanti si dice che ha 105/70 NDR)

episodio simil influenzale 10 giorni prima,

[alcuni studenti ripetono cose già dette ndr]

ricapitoliamo [la prof riassume le cose già dette, ndr]

Anamnesi familiare: padre deceduto di ictus cerebri a 82,

madre morta a 90 di senectus

2 fratelli 1 con ipertensione arteriosa in trattamento medico, un altro con anamnesi positiva per cardiopatia ischemica che ha subito nell'ultimo anno 2 bypass aorto-coronari

2 figli 29 e 38 anni riferiti in buona salute

Anamnesi fisiologica: pensionato, ex ingegnere aeronautico ora consulente, fuma 15 sigarette, ridotte dalle 20 di un anno fa, dieta mista,alvo regolare, non disturbi minzione, 4 caffè die, 1-2 bicchieri di vino al giorno

Prof: cosa prendiamo?

la familiarità per malattie cardiovascolari. Prof: più che altro metterei familiarità per vasculopatie che malattie cardiovascolari, familiarità per ipertensione arteriosa, Prof: ricordiamo familiarità per ipertensione e malattie cardiovascolari vanno molto spesso assieme, ma sono due entità separate.

all'esame obiettivo il paziente è sofferente, cerca una posizione antalgica sul lettino perché non trova sollievo dal dolore pao 105/70, 24 atti respiratori al minuto t36.8 C° sat periferica 93%

cute normale al termotatto con estremità fredde, lieve succulenza pretibiale, non cianosi, polsi simmetrici

capo: turgore alle giugulari bilaterale, soffio carotideo a destra,

torace: suono chiaro polmonare, murmure vescicolare normotrasmesso, rari crepitii alle basi bilateralmente

cuore: aia cardia aumentata, angolo epatocardiaco aumentato; toni tachiaritmici parafonici soffio olosistolico sul focolaio mitralico

addome piano trattabile, peristalsi presente, non epatosplenomegalia, blumberg e murphy negativo

cosa dobbiamo prendere di questo esame obiettivo?

Dispnea, è tachipnoico (la dispnea ha un corrispettivo),

cerca posizione antalgica,

lievemente tachiaritmico,

ipoteso,

estremità fredde,

succulenza pretibiale,

cianosi assente,

aumento aia cardiaca,

turgore giugulari,

soffio carotideo,

soffio mitralico olosistolico,

non epatosplenomegalia,

crepitii basali (molte cose non sono molto chiare)

quali sono le vostre ipotesi di lavoro?

-Stud. insufficienza cardiaca bilaterale

-stud. tamponamento cardiaco per pericardite

-stud. cardiopatia ischemica,

-Prof: non è un'ipotesi, dobbiamo fare una diagnosi, quindi sulla base dei segni e dei sintomi noi identifichiamo non solo l'organo interessato, ma ci orientiamo verso una ipotesi diagnostica, la cardiopatia ischemica comprende uno spettro di malattie diverse che hanno manifestazioni diverse, ora non dovete sapere le malattie a memoria come un clinico, però dove sapere sulla base dei segni e dei sintomi cosa corrisponde a cosa, cioè cardiopatia ischemica comprende dall'angor (angina) all'infarto.

-Stud allora sulla base dei segni e dei sintomi direi angina.

-Prof quindi angor, ma dell'angina esistono 2 diversi tipi: stabile ed instabile, rimani con angor?

-Stud. Siccome peggiora con l'esercizio penso sia Angina stabile.

-Stud. scompenso sinistro

quattro ipotesi su cui lavorare vanno bene

Argomenti a favore dello scompenso destro e sinistro (che non è comune):

-turgore giugulari, succulenza pretibiale, dispnea, ipotensione, aia cardiaca aumentata perché magari dalla parte destra c'è un po' di congestione;

Prof: questi sono teorici elementi a favore, però detto tutto ciò manca un elemento fondamentale, un elemento per cui possiamo sicuramente escludere lo scompenso cardiaco

Stud: potrebbe essere la mancanza di edemi declivi, però c'è da tenere conto che comunque prede diuretici che potrebbero alterare questo risultato.

Prof sì è importante tenere conto che non è un paziente naive.

Stud: mancano l'ascite e la cianosi e la saturazione è normale, lo scompenso per definizione dovete.. sinistro, lui ha anche qualche raro crepitio quindi dobbiamo avere una compromissione negli scambi gassosi, quindi noi ci troviamo davanti a qualcosa che sta accadendo con una evoluzione relativamente recente, in un paziente originariamente iperteso, che compromette la funzione cardiaca perché c'è ipotensione, però tutto ciò che è nel letto polmonare è funzionalmente conservato, però lui è tachicardico, anzi tachiaritmico, perché noi visitiamo sempre il paziente tenendo il polso (radiale) perché dobbiamo sempre capire la congruenza tra il polso centrale e il polso periferico. Quindi questa ipotesi ha 4 argomenti a favore ma un grosso argomento a sfavore.

Prof: Come mi giustificate le estremità fredde quando lui ha 36.8 di temperatura? Una vasocostrizione periferica che possiamo interpretare come reattiva all'ipotensione.

Andiamo a vedere l'angina stabile e gli argomenti a favore:

dolore toracico che aumenta con lo sforzo.

Prof: il dolore toracico è continuo e si accentua con lo sforzo, il quadro della cardiopatia ischemica intesa come angina o infarto, nonostante abbiano degli elementi di tipicità, lo possiamo escludere, perché l'angor ha una durata temporale limitata di 20-30 minuti, a seconda dei testi, mentre l'infarto, cioè quello che c'è se il quadro di sofferenza coronarica non si risolve ha una durata più lunga, ma comunque limitata, non è un dolore continuo

Quali altri elementi possiamo prendere che ci aiutano nella diagnosi: innanzitutto ci troviamo di fronte ad un paziente con una panvasculosclerosi, perché ha un soffio carotideo, è iperteso ed è maschio; tutti una serie di elementi che lo inquadrano come un paziente con una patologia panvasculosclerotica

Il soffio mitralico oloistotolico ci dice che il cuore ha o ha avuto una cardiopatia di qualche tipo, non necessariamente legata al quadro di adesso.

elementi a favore del tamponamento pericardico (sapete che tamponamento e pericardite non sono la stessa cosa, ma 2 stadi diversi della stessa malattia):

ipotensione, toni parafonici, potrebbe starci la pregressa sindrome influenzale, (Prof: però questa ci sta più con la pericardite), angolo epato-cardiaco aumentato, aumento dell'aia cardiaca, tachiaritmia, sofferenza e irrequietezza, turgore giugulare.

Stud. Quanto un paziente cerca di trovare una posizione antagica è un buon indice per cercare una cosa come una pericardite o un tamponamento cardiaco?

Prof: La cosa ci esclude patologie come angor/infarto, la cosa sembra più una patologia acuta, quindi mettiamo sofferenza e irrequietezza come a favore

a favore c'è anche il turgore giugulare

Prof: tutto sembra a favore di un tamponamento cardiaco, attenzione però ci sono 2 elementi che ci dicono che non è un tamponamento cardiaco: che cosa succede quando c'è un tamponamento cardiaco?

Stud: c'è una ridotta frazione di eiezione che limita la perfusione periferica, cioè un versamento pericardico che impedisce la diastole riducendo il precarico, quindi il volume sistolico che si raggiunge è ridotto

Prof: Quindi non esce il volume adeguato a livello periferico, quindi che cosa non ci sta col tamponamento cardiaco? Non ci sta questa ipotensione perché è relativa, mentre dovrebbe essere inferiore a 90, inoltre abbiamo un turgore delle giugulari continuo. Nel tamponamento cardiaco, proprio per il meccanismo che descriveva il vostro collega, noi abbiamo la quota di sangue che dovrebbe andare nel ventricolo di sinistra che rimane nell'atrio di sinistra, ma soprattutto nel circolo polmonare, e in contemporanea continua ad arrivare il sangue dalla zona epatica, quindi il letto polmonare continua a dilatarsi perché è molto accogliente e questo genera una stasi venosa nel circolo polmonare, e siccome il sangue è un liquido e trasmette la pulsazione del cuore sinistro in maniera retrograda questa stasi venosa dovrebbe provocare la ripercussione del polso a livello delle giugulari. Quindi la presenza di turgore giugulare in assenza di polso giugulare ci dice che non siamo di fronte ad una insufficienza diastolica ma è un aumento della pressione del circolo polmonare; quindi in questo caso il polso tachiaritmico, l'elevata pressione del circolo polmonare, il dolore e l'irrequietezza ci parlano più di una pericardite, che di un tamponamento. Mancano dei segni per poter parlare di tamponamento cardiaco, quindi vuol dire che anche se questo avesse più argomenti a favore, mancano degli elementi per poter dire che siamo davanti ad un tamponamento cardiaco. Chiaramente in un tamponamento il meccanismo che abbiamo descritto non può andare avanti per più di 3 ore perché dopo un po' di tempo, legato all'entità del versamento e all'età del

paziente, questo va in arresto perchè il cuore non pompa più sangue.

Stud: Non ho capito quali sono esattamente le due cose che ci fanno escludere il tamponamento, sono la pressione diastolica e la durata dell'episodio?

Prof No la seconda motivazione è che non ha il polso giugulare, le giugulari dovrebbero essere visibili, non solo, ma dovrebbero battere come delle carotidi, si parla di polso giugulare perchè è un sistema venoso che risente delle pressioni del cuore sinistro; poi per definizione un tamponamento non può durare più di tre giorni, allora questo è un terzo elemento che ci esclude un tamponamento

ora andiamo a vedere gli esami che vanno a verificare le nostre ipotesi che al momento sono scompenso vs pericardite esami:

pcr e ves aumentate,

leucocitosi con aumento del numero dei neutrofili.

All'RX torace aumento dell'aia cardiaca con cuore a fiasca e riduzione dello spazio retrocardiaco. L'immagine in piano antero-posteriore evidenzia l'aumento dell'aia cardiaca e aumento dell'angolo epato-cardiaco; posteriormente questo versamento che ormai risulta evidente anche per la conformazione a fiasca del cuore, lo vedete anche posteriormente perchè si riduce questo triangolo nero che è lo spazio polmonare retrocardiaco.

Elettrocardiogramma rivela che la tachiaritmia che avevamo rilevato all'esame del polso periferico corrisponde ad una fibrillazione atriale, emerge evidente rispetto ad un confronto con un elettrocardiogramma normale l'assenza dell'onda P di depolarizzazione atriale, ma anche l'assenza di un ritmo costante per perdita del pacemaker normale.

Dall'ecocardio emerge la presenza di versamento pericardico di circa 2 cm con segni di iniziale disfunzione diastolica, con marcata dilatazione dell'atrio

Diagnosi: pericardite acuta essudativa, io mi sono sbilanciata a dire essudativa. Perchè l'altra forma di pericardite che è la pericardite cronica adesiva ha in comune il turgore giugulare, ma a differenza di questa può dare il polso giugulare. Nei giovani e soprattutto nei maschi sportivi ci può essere una riduzione dell'intensità del polso in inspirio che poi riacquista forza in espirio. Qual'è il meccanismo? In inspirazione aumentate la disponibilità di spazio del letto venoso polmonare mentre in espirazione lo riducete (suppongo sia da leggere come aumento e diminuzione di precarico). Nel caso della pericardite costrittiva con versamento pericardico cronico, non così grave come la forma essudativa con tamponamento cardiaco ma sufficiente per dare disfunzione perché favorisce questo meccanismo.

Perchè nel nostro caso potevamo escludere il dolore toracico legato alla cardiopatia ischemica? La nostra figura (un uomo anziano esce dal ristorante d'inverno sta facendo le scale e trasporta una valigia, NdR) ci esemplifica la situazione più tipica di un'angina/infarto: maschio, anziano, esce da un ristorante dopo mangiato (sequestro di sangue per circolazione splancnica), sotto sforzo per scale o pesi, a bassa temperatura esterna; questo riassume tutti i trigger possibili dell'infarto. Quindi andiamo a verificare con il paziente la tempistica, la durata e gli elementi che scatenano gli attacchi; in assoluto l'angina stabile è più frequente di quella instabile e noi andiamo a definire se è stabile o meno in base alla presenza o meno di uno di questi trigger.

Allora quando noi facciamo i dottori e alla fine del nostro percorso noi lo siamo e lo dobbiamo fare anche, i segni e i sintomi con cui ci confrontiamo dobbiamo sempre considerarli in termini di fattori scatenanti, qualità e quantità, segni e sintomi associati, insorgenza e durata nel tempo; questi sono i fattori che dovete andare a controllare in ogni segno o sintomo con cui vi confronterete, e questo vale per ogni ambito di indagine cardiologico, neurologico, ecc...

quando abbiamo terminato questa analisi andiamo a verificare elementi a favore e a sfavore ed eseguiamo analisi complementari che ci confermano la nostra diagnosi; allora si comprende a fondo il significato di strategia ipotetico-deduttiva che dicevamo all'inizio, quindi elaboriamo una serie di ipotesi sulla base di argomenti a favore delle varie ipotesi e poi riduciamo queste ipotesi ad una o due che ci porteranno alla diagnosi e alla proposte terapeutica.

Vi ripropongo lo schema che ho messo all'inizio, di fronte all'emottisi come segno si patologia del paziente vedo che siamo riusciti a capire come dobbiamo identificare i vari argomenti per cui eliminare le varie ipotesi fino ad arrivare a quelle due da verificare.

È chiaro che il processo ipotetico-deduttivo oriented investigation implica un'analisi dei segni e dei sintomi, bisogna valorizzare la maggioranza dei segni e dei sintomi tenere presente che la normalità di un'obiettività, cioè l'assenza di un sintomo va valorizzata e credo di averlo dimostrato. La nostra apertura mentale non deve limitarsi alle patologie più frequenti, ma dobbiamo sempre tenere sempre presente la possibilità di patologie rare che possono fare danni, chiaramente davanti ad una patologia rara dobbiamo essere più cauti ed avere molti più argomenti a favore per la nostra diagnosi.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 25/11/2013 (1)

Semeiotica Medica e Chirurgia

Prof. Bosello

25/11/2013 ore 15.00

Sbobinatore: Giusti Siriana

Revisore: Stefano Agnolin

Invecchiamento

Questa è la prima di 3 lezioni del corso di Metodologia che riguarda la parte Geriatrica.

È sempre più difficile capire perché, in una società come la nostra che sta invecchiando rapidamente, venga dato così poco spazio nel corso di laurea ai problemi dell'invecchiamento.

Una buona parte di voi farà il medico di medicina generale che oggi è diventato sostanzialmente un geriatra senza essere un geriatra quindi senza avere la preparazione adeguata.

(diapositiva 1)

In questa immagine del 1500 il problema dell'invecchiamento e il sogno di vivere in eterno giovani e belli, ha sempre colpito la fantasia dell'essere umano. Se voi guardate questa figura con attenzione: vedete che sulla sinistra ci sono gli anziani che entrano portati in barella o in lettiga (che per la maggior parte sono donne un po' avvizzite) che vogliono tornare giovani. Entrano nella fontana e immediatamente diventano giovani e belle. Escono, entrano in questa tenda e qui si addobbano al bisogno per andare a festeggiare.

(d. 2-3)

National Geographic è un'organizzazione che ha un canale televisivo e una rivista che è la più letta nel mondo che affronta tematiche di estrema attualità. Questa volta dice che questa bambina vivrà fino 120 anni. Voi ricorderete che qualche anno fa si parlava molto che la nostra vita era proiettata verso i 100 ed oltre, ma questo resta un sogno perché in verità se noi ci pensiamo e se ne parla anche sui giornali: "chi vuole vivere in eterno? Nessuno!"

In verità questo lavoro dice che prima di affrontare delle tematiche spinte verso il favoreggiamento della longevità estrema bisogna anche sentire cosa ne pensa la gente.

(d. 4)

Woody Allen è stato interrogato su queste problematiche: "lei cosa ne pensa della morte?" - "io sono fortemente contrario alla morte!"

Voi sarete spesso a contatto con la morte ma questa viene poco affrontata.

(d. 5)

Nell'ultimo mezzo secolo la nostra aspettativa di vita ha subito un aumento che non era mai accaduto in tutta la storia dell'umanità: abbiamo guadagnato circa 30 anni. Voi pensate che a metà del secolo scorso l'età media era intorno ai 50 anni e tutte le problematiche che oggi ci sono relative alla menopausa erano poco conosciute, poco affrontate e poco frequenti.

(d. 6)

Il dipartimento di demografia dell'università di Berkeley, associato all'istituto Tedesco Max Plank, dice che se le condizioni rimarranno quelle attuali e l'aumento dell'aspettativa di vita sarà quella che c'è oggi, i bambini che sono nati all'inizio di questo secolo verosimilmente vivranno 100 anni.

(d. 7)

Qui c'è un grande problema metodologico: le proiezioni, di qualsiasi genere esse siano, sono sempre fatte sulla base di quello che è accaduto precedentemente.

Se ci pensate dire quello che accadrà domani sulla base di quello che è accaduto ieri in genere non funziona, in particolare nell'era che stiamo vivendo dove tutto ha una velocità enorme; quindi le proiezioni valgono pochissimo.

I colleghi del Dipartimento di Scienze Statistiche and Istat di Roma hanno proiettato nel tempo un aumento cospicuo dell'aspettativa di vita.

(d. 8-9-10)

Negli Stati Uniti guardando dal 1900 al 2000 vedete che c'è stato questo enorme aumento della aspettativa di vita ed è un dato di fatto.

Se noi andiamo a vedere cosa è successo dal 2003-2004 al 2008 (dove abbiamo dati sicuri) si osserva che si è fermato l'aumento della aspettativa di vita alla nascita.

Uso i dati degli Stati Uniti perché sono molto forti sul piano metodologico dato che loro non fanno indagini telefoniche ma vedono i loro campioni direttamente.

La situazione che era così, ha cominciato a fare così e addirittura tra 2007 e 2008 si è ridotto dal 77,9 al 77,8 (statisticamente significativo).

Se questo fenomeno rimane (e gli Americani hanno un'aspettativa di vita molto inferiore agli italiani, ai giapponesi e ai tedeschi) questa potrebbe essere la prima generazione nella storia umana quelli che nascono oggi, vivono un po' in meno rispetto a quelli che sono nati ieri perché fino adesso c'è stato un lento e progressivo aumento dell'aspettativa di vita.

Anche in Italia dal 2004 al 2010 non c'è stato un aumento significativo; ma forse oggi a noi interessa, più che guardare l'aspettativa di vita alla nascita che presuppone di non essere rispettata, l'aspettativa di vita a 65 anni che è l'età canonica in cui nelle nostre realtà sanitarie ci ricoverano in Geriatria.

(d. 11-12)

Dal 1945 circa, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata in maniera esponenziale e guarda caso queste linee erano le proiezioni; ma la realtà ha rovesciato le aspettative ed è stata più traumatica di quella calcolata, questo fino alla fine degli anni 2000.

Ma se guardiamo la realtà è che circa nel 1999 si è quasi invertito e addirittura si è un po' ridotto, cioè l'aspettativa di vita a 65 anni si è ridotta.

Nel contempo sta accadendo un fenomeno che riguarda voi futuri medici: la composizione della popolazione si sta profondamente modificando. Il titolo dice “un mondo che sta invecchiando velocemente”; non è che sta invecchiando nel senso che vivrà di più ma stanno aumentando percentualmente le fasce di età più avanzate.

(d.13-14)

Qui vedete che i soggetti ultra ottantenni stanno aumentando progressivamente in tutto il mondo occidentale.

Questo è il momento che stiamo vivendo oggi ,sempre con il beneficio dell’inventario delle proiezioni, vediamo dove stanno andando le varie nazioni come il Giappone ma anche l’Europa.

Già nel 1995 si era calcolato che la fascia di età che sarebbe cresciuta di più è quella dei soggetti ultra novantenni.

Non c’è l’aumento dell’aspettativa di vita alla nascita o a 65 anni che ti dirà tu vivrai di più ma c’è una compressione della società verso l’età della vecchiaia. In parole povere la nostra è una società che mediamente sta diventando sempre più vecchia.

(d. 15-16)

Queste che sono tipiche forme demografiche vedete che all’inizio del ‘900 era fatta a piramide con tanti bambini e pochissimi vecchi; oggi (a covone) è quasi una piramide inversa nella quale ci sono sempre meno bambini e sempre più vecchi. Si proietta un ipotesi in cui ci saranno viventi i bisnonni, i nonni, i genitori e ci sarà una figlia unica. Questa piramide ha un valore soprattutto sociale perché se avete seguito quello che sta accadendo in politica in questi giorni con la legge di stabilità si sono alzati dei lamenti perché si sta tagliando l’assistenza sociale e i più deboli che sono i vecchi malati, i vecchi handicappati e i vecchi non autosufficienti avranno meno assistenza e questo sarà un dramma per loro e per le loro famiglie.

(d.17)

Questo dato dall’ONU del 2012 ci dice che nel 2050 ci saranno 60 nazioni che avranno dal 30% in più di soggetti ultra sessantenni.

Quello che dovrebbe impressionare chi ascolta è che quando in una comunità il numero degli anziani supera il 30%, questa è destinata a sparire nell’arco di 3 generazioni. È chiaro che questo non potrà accadere per le grandi città ma le piccole comunità sono destinate a sparire.

(d.18-19)

Noi siamo abituati a considerare la nostra società suddivisa nelle classiche 3 età dell’uomo: prima, seconda e terza età; però questo sta cambiando perché a fronte di una terza età che arriva fino a 85 anni secondo i nuovi calcoli demografici si è formata sempre più numerosa una quarta età dei soggetti ultra ottantacinquenni.

Gli studi dell’invecchiamento dicono che la longevità in buona salute di questa fascia è molto modesta.

Se frequentate i reparti, quale esso sia tranne pediatria, vedete quanto frequentemente siano ricoverati soggetti novantenni e ultra novantenni.

Io ricordo che quando ero un giovane medico c’era qualche novantenne ma erano ricoverati per episodi intercorrenti particolari invece oggi il malato tipico è il novantenne con tutte le malattie d’età correlate.

(d. 20 – 21)

Oggi abbiamo una:

- Infanzia – adolescenza che come fascia pediatrica arriva fino ai 18 anni (contro i 12 anni del secolo scorso)
- Età adulta:
 - Giovane adulto: 18 – 45 anni
 - Adulto maturo: 45 – 65 anni
- Una terza età:
 - Giovane vecchio: 65 – 75 anni
 - Vecchio: 75 – 85 anni (inizio fragilità)
- Una quarta età:
 - Super-vecchio: oltre 85 anni (fragilità)

Nella terza età fino ai 65 anni l’individuo è in media in buona salute con funzioni vitali e cognitive conservate.

Nella quarta età si configura il declino: il 50% dei pazienti ha più o meno importanti compromissioni cognitive (demenza).

(d.22 – 23)

La cattiva notizia di questo studio dice che “il declino cognitivo è evidente nella mezza età (45-49 anni)”.

Per quanto riguarda il problema economico, queste quarta età sono gravate da polipatologie; il costo pro capite di questo tipo di paziente è diverso a seconda che abbia 1,2, 3, 4 o 5 patologie di solito croniche degenerative.

Non è difficile, se voi andate a vedere le lettere di dimissione dei reparti di geriatria e di medicina ma anche di molti reparti specialistici, vedere pazienti affetti da polipatologie. Questi pazienti costano quando sono dentro e costano quando tornano a casa.

(d. 24 – 25)

Quali possono essere i **cofattori del fenotipo socio-economico** senescente?

- povertà economica
- povertà dei rapporti sociali
- trascuratezza nella cura delle parti del corpo più colpite all’invecchiamento (denti) e nella correzione di difetti sensoriali (udito, vista)

- carenze alimentari

Mediamente quelli che invecchiano peggio sono i poveri e vivono anche meno; hanno povertà nei rapporti sociali, sono trascurati, una delle parti del corpo più colpite sono i denti, l'udito, la vista e la malnutrizione.

Se immaginate che molte famiglie vivono con 500 euro questo è un problema sempre più frequente. Leggevo che c'è un allarme degli odontoiatri che c'è stato un crollo nell'attività dell'odontoiatra perché costa molto e l'assistenza pubblica odontoiatrica è inesistente.

(d. 26)

I pazienti con la polipatologia hanno anche la **polifarmacoterapia**: la lettera di dimissione dei reparti internistici è un lenzuolo dove non è infrequente che vengano superati i 10 farmaci (per esempio 2 per patologie).

Una delle cose meno sapute è: gli **effetti collaterali dei farmaci**. Il 25% degli accessi al pronto soccorso sono dovuti a effetti collaterali da farmaci;

perché le interazioni farmacologiche sono difficili da prevedere ed è già difficile conoscere l'interazione fra due farmaci.

Ci meravigliamo se nella scatola dei farmaci c'è il foglietto detto "bugiardino" perché racconta un sacco di palle, ma non è vero perché lui riferisce tutti i casi. Il produttore ha cercato di inserire tutto quello che può accadere, ma cosa accadrà non lo sappiamo.

Pensate se i farmaci diventano 5 o 10, con 10 variabili viene fuori un numero infinito di possibilità di avere effetti collaterali; quindi date ai pazienti meno farmaci possibili perché il medico oggi ha perso la capacità di fare il clinico perché ogni specialista che si rispetti per le sue patologie di competenza ti prescrive un farmaco, meglio due.

Quindi cosa succede? Quarto punto: **scarsa compliance**.

Perché se il paziente anziano arriva a casa con 10 farmaci, o ha una persona dedicata a dargli i farmaci o salta completamente la compliance. Per fortuna dico io.

(d. 27)

La nuova scienza dell'invecchiamento: "La ragione è che più persone ora vivono abbastanza per sperimentare la perdita di funzioni e le malattie della terza età. L'invecchiamento è il principale fattore di rischio per tutte le malattie mortali predominanti e questa è la ragione perché oggi sta crescendo lo studio sull'invecchiamento".

Oggi le ricerche sull'invecchiamento stanno spingendo tantissimo perché i finanziamenti delle grandi istituzioni sono spinti sull'invecchiamento.

(d. 28 – 29)

L'organismo degli esseri viventi è costituito da una raffinata macchina cibernetica.

(è quella scienza che studia i meccanismi di down-regulation. Es. termostato: se la temperatura scende sotto i 20 gradi manda messaggi alla caldaia alla caldaia che si accende ed entra maggior calore nella stanza).

Se la mia temperatura corporea scende sotto i 37 gradi il mio sistema omeostatico produce calore attraverso la termoregolazione. Tutti i nostri metabolismi sono gestiti da sistemi enzimatici che funzionano perfettamente quando la temperatura corporea è perfetta; se scende funzionano peggio, se sale funzionano di più.

L'omeostasi di questa macchina cibernetica è la proprietà che hanno gli organismi viventi di conservare costanti alcune funzioni cruciali:

temperatura, pressione osmotica, pressione arteriosa, glicemia etc.. Il sistema omeostatico si basa su molteplici componenti, che assieme prendono il nome di meccanismo a feedback.

(d. 30 – 31)

Immaginate che questa sia una funzione fisiologica. Tutte le funzioni fisiologiche sono normalmente al centro di una gaussiana con almeno due deviazioni standard. Se uno ha mediamente 37 di temperatura: un 50% ha più di 37 e l'altro 50% un po' meno di 37.

Nel giovane le variazioni di questi valori sono tutti valori normali.

Quando rientriamo nella prima fascia d'invecchiamento c'è una parte della seconda deviazione standard che non riesce ad aggiustare bene questa funzione vitale e quindi entra nel rischio di patologia.

Quando arriviamo nel vecchio circa la metà dei soggetti hanno funzioni vitali compromesse.

Se un anziano, che sia vecchissimo o che cominci l'invecchiamento, ha alcune funzioni vitali compromesse, diventa fragile cioè maggiormente esposto ai rischi che l'ambiente gli propone (es. l'influenza nell'anziano può diventare broncopneumonia, nel giovane non succede niente).

(d.32)

Essendo un ciclo possiamo partire da qualsiasi punto.

Partiamo da **Agging**: l'invecchiamento si accompagna, come vedremo, con senescenza dell'apparato muscolo scheletrico.

Questo associato al rischio di una qualsiasi malattia, associato al rischio di una malnutrizione (soprattutto ad una certa tipologia di pazienti) porta a perdita di peso, porta a bilancio azotato negativo e tutte queste cose assieme portano alla **sarcopenia** (dal greco *sarcos* che vuol dire carne, muscolo).

Poco muscolo vuol dire diminuzione del metabolismo di base, vuol dire riduzione della VO2 massima (è la capacità respiratoria soprattutto durante il lavoro).

Riduzione della forza e della capacità operativa delle strutture muscolari, tutte queste conducono ad un rallentamento del cammino, ad una riduzione dell'attività, ad una minor spesa energetica (c'è una cattiva gestione dell'energia) che poi si incontra con i fenomeni tipici dell'invecchiamento che comportano una alterazione dei meccanismi di fame e di sazietà. L'anziano raggiunge più rapidamente la sazietà di un soggetto giovane e i segnali di fame sono rallentati soprattutto quelli di sete, in questo modo andrà incontro più facilmente a malnutrizione e per esempio d'estate corre il grave rischio della disidratazione cosa che comporta il collasso, il ricovero ospedaliero e a volte il decesso.

(d. 33)

L'anziano diventa fragile: modifica la sua composizione corporea, è incapace di gestire adeguatamente l'energia, si altera l'omeostasi e va incontro a fenomeni neurodegenerativi.

Si associano **comorbidità** (cioè più patologie), **polifarmacoterapia**, **problemi di incontinenza**, **rischio di cadute con fratture** (soprattutto se è evidente l'osteoporosi), **l'anemia** (molto frequente per una incapacità rigenerativa del midollo), **problematiche nutrizionali e perdita muscolare** a cui si associa alterazione del cammino, riduzione del peso corporeo, riduzione dell'attività fisica giornaliera, riduzione forza muscolare, astenia, perdita di equilibrio, soprattutto la perdita di autonomia e dell'autosufficienza che è l'aspetto più temuto dagli anziani rispetto la morte.

Perché diventare non autosufficienti significa dipendere da altri, quando la nostra vita dipende dagli altri la nostra vita ha scarsissimo valore per noi e siamo una seccatura per gli altri.

Per quanto bene ti vogliano i familiari e amici siete sempre una seccatura: carrozzelle, spingere carrozzelle, non tutto è organizzato etc..

I meccanismi di perdita di autosufficienza sono molteplici: dalla banale perdita del cammino alla capacità di accendere il gas o aprire il frigo.

Pensate alle persone che vivono sole, soprattutto le donne che sono in quota maggiore; anche se si è osservato che quando ci sono due persone il maschio è più impegnato della femmina e la femmina fa da supporto delle mancanze del maschio quando il maschio se ne va la femmina rinasce.

In Italia la femmina vive 6 anni mediamente più del maschio e c'è ancora l'abitudine che il maschio quando si sposa ha qualche anno in più della femmina e così quando muore il maschio la donna ha circa 11 anni per vivere per conto suo.

(d. 34)

Questo è lo stesso ciclo per la fragilità ho solo aggiunto **la perdita dell'autonomia fino alla dipendenza**.

Il passaggio dalla fragilità alla disabilità è molto facile e frequente.

(d. 35-36)

Questo è uno studio fatto in Italia nei soggetti ultra novantenni dove la disabilità è quasi la regola soprattutto nelle donne, e non sono le vecchie di 50-60 anni fa ma purtroppo sono disabili e malate. Noi Italiani siamo un popolo di disabili perché è previsto che in Italia avremmo il 22,8 % di anziani disabili.

(d. 37 – 38)

Anche questa proiezione dell'Istat dice che con l'andare degli anni ci sarà un aumento progressivo di persone con disabilità, quindi il futuro socio-sanitario è di persone disabili.

È stato calcolato dall'OMS che in Italia mediamente i maschi passano gli ultimi 4-5 anni di vita disabili e le donne gli ultimi 6-7 anni.

(d. 39)

Questo schemino, che vi chiedo di leggere con attenzione, parla del: **“Il carico di malattia attribuibile a 20 fattori di rischio principali per entrambi i sessi nel 2010 espressi in percentuale di anni di vita passati in disabilità”**.

La prima causa è il **fumo** alla vostra età o prima, non a 80 anni. Ho letto un lavoro che dice che un quindicenne che fuma ha le arterie di un cinquantenne malmesso.

Il secondo fattore di rischio è **l'ipertensione** perché fa venire l'ictus ma soprattutto perché è malcurata e sottovalutata. Oggi ci sono moltissimi farmaci anti-ipertensivi che danno pochi effetti collaterali però voi pensate che i valori di pressione arteriosa ai miei tempi erano “100 più l'età” quindi un soggetto di 80 anni poteva avere tranquillamente 180 di pressione massima ma questo portava a ictus; ma oggi sappiamo che la pressione arteriosa di un soggetto anziano è come quella di un soggetto giovane. Se voi trattate un soggetto anziano che abitualmente ha una pressione arteriosa massima di 180 ma comincia ad avere qualche disturbo di ipertensione portando la pressione ai valori normali tipo 135-140 questo comincia a barcollare e sospende le medicine quindi bisogna essere estremamente attenti e l'approccio clinico al paziente iperteso anziano deve essere valutato con attenzione. Anche se è uscito uno studio che dice che un paziente anziano iperteso ha le stesse probabilità di vita di un paziente non iperteso se adeguatamente curato.

Il terzo fattore di rischio è **l'indice di massa corporea** (cioè l'obesità) a cui segue la **sedentarietà**.

È suggestivo che poi venga **l'alcol**.

Fumo, cattiva alimentazione, sedentarietà e l'alcol sono i 4 principali fattori di rischio di mortalità prevenibile.

Guardate l'alcol, è l'unico fra questi fattori di rischio che ha un piccolo spostamento a sinistra; questo vuol dire che secondo questi dati, modiche quantità (mezzo bicchiere al giorno di vino) di alcool possono anche essere utili.

La parte sotto della diapositiva ripete quello che abbiamo già detto: ridotta attività fisica, dieta povera di vegetali, fumo e indice di massa corporea sono i principali fattori che gravano sul soggetto vecchio-adulto e lo fanno diventare disabile.

(d. 42 – 47)

Due parole sull'obesità: è un problema molto diffuso in tutto il mondo anche nel terzo mondo che dà un effetto negativo sulla speranza di vita.

Il trend previsto di aumento anche nei bambini ha accelerato nell'ultima decade.

Nella parte destra ti mostra la riduzione dell'aspettativa di vita da fumo che è mediamente 10 anni *if* chi fuma vivrà 10 anni di meno rispetto agli anni che avrebbe potuto vivere se non avesse fumato. Siete ancora nel momento di fare marcia indietro, ma se aspettate 2 o 3 anni è troppo tardi.

A sinistra c'è l'obesità: nei soggetti che sono cospicuamente obesi hanno 10 anni di vita in meno anche loro.

(d. 48)

Il legame tra l'eccesso di peso e la disabilità: in verde sono i soggetti normopeso, i quali entrano nel rischio di fragilità e disabilità intorno ai 75 anni invece l'obeso (con massa corporea superiore a 30) intorno a 65 anni, quindi ha un handicap di rischio di 10 anni rispetto al normo peso.

(d. 49)

Nel 1990 l'aspettativa di vita era di 78,8 anni (in rosso: 7-8 anni di disabilità).

Ipotesi 1: nel 2040 ci si aspetta che l'aspettativa di vita passi a 85 anni e se saranno bravi gli americani manterranno gli ultimi anni (7-8) di disabilità cioè guadagneranno 7-8 anni di vita attiva.

Ipotesi 2: sempre nel 2040 gli americani sono diventati molto bravi, sono riusciti a ridurre le patologie età correlate, allora questi vivranno 7-8 anni di più e solo 3-4 in condizioni di non-autonomia.

Ipotesi 3: rischio che aumentino gli anni di vita ma aumentino anche gli anni di disabilità e sarebbe l'aspetto che purtroppo in questo momento sembra configurarsi.

Tutta l'attività dei medici, della società, dei ricercatori degli assistenti socio-sanitari è proiettata nel contrarre la parte di disabilità.

(d. 50-51)

Questo studio fatto su 178 paesi, dice che il numero di anni perduti in disabilità sono aumentati in molti paesi con la terza delle ipotesi precedenti.

Lo studio che ha valutato il timore degli anziani in percentuale e ha messo la perdita di autonomia molto più temibile che non la morte.

(d. 52, 53, 55)

Perché si diventa disabili? Alcuni motivi li abbiamo accennati. Invecchiando si modifica la composizione corporea.

Io ho 75 anni e ho lo stesso peso che avevo a 25 quindi sono perfetto? No! Perché in 50 anni è aumentato progressivamente il tuo grasso corporeo. Se lui è rimasto dello stesso peso ed è aumentato il grasso corporeo, di conseguenza cosa è accaduto? Che ha perso muscolo e osso.

Qui vediamo bene come a fronte dell'aumento di grasso c'è una progressiva perdita di massa muscolare.

Secondo aspetto: questo aumento del grasso non è evidente perché è accaduto quel fenomeno che si chiama "**ectopic fat deposition**", cioè il grasso aumentato non è andato nei luoghi deputati (grasso sottocutaneo,...) ma in altre zone: vanno nel muscolo che è ridotto di quantità e infiltrato di grasso, vanno nel fegato (steatosi epatica), nel midollo etc..

Due parole sul fegato grasso: vi troverete spesso davanti a persone che all'ecografia addominale hanno una **steatosi epatica**, questa non è una banale deposizione di grasso come nel sottocute ma è la colonizzazione del grasso nelle cellule del fegato, una degenerazione epato-cellulare, e quella cellula occupata dal grasso prima o poi muore e va incontro a necrosi.

La cellula morta si comporta da corpo estraneo perciò arrivano i macrofagi che la inglobano. Il macrofago si muove con l'esercizio dell'infiammazione e si formano i focolai di infiammazione che possono durare tutta la vita e uno alla fine avrà il fegato tutto occupato però se questo fenomeno è veloce il rischio è la cirrosi.

Ho visto dei dati che mi hanno sorpreso: la cirrosi ai miei tempi era alcolica, oggi, la modalità è modificata. Non ci sono più i grandi bevitori di una volta (muratori o contadini), perché è cambiata la tipologia di lavoro che non è più sfiancante e l'igiene è migliorata quindi ci sono i piccoli bevitori, quelli che si ubriacano nei week-end che sono quelli che fanno steatosi acute perché tutto l'alcol che entra va nel fegato.

Un collega dell'Università di Udine (il Friuli è costituito da grandi bevitori di vino) ha portato dei dati sui fattori di rischio di cirrosi. Siamo tutti convinti che fosse l'alcol il primo fattore di rischio invece il primo fattore di rischio di cirrosi nei Friuliani era l'obesità (anche l'alcol) perché inesorabilmente fa steatosi epatica che può evolvere. Questo grasso poi, va nei muscoli e ne riduce la funzionalità e aumenta la resistenza insulinica e quindi favorisce l'insorgenza di diabete.

(d. 62)

Nei vari studi in cui si calcolano gli score di rischio di **mortalità l'età** è sempre il primo fattore di rischio. Il secondo è il Sesso maschile che ha due punti in più del femminile, poi troviamo il fumo di tabacco, l'indice di massa corporea, il diabete, i tumori, l'insufficienza cardiaca etc..

Gli ultimi 4 sono tutti **indicatori di disabilità**: difficoltà a lavarsi, a maneggiare il denaro, a camminare e a muovere oggetti di una certa dimensione.

Mettendo insieme questi fattori di rischio, che nell'anziano sono tutti presenti, l'aspettativa di vita crolla.

(d. 64)

Ultimo aspetto il **cervello**:

Il cervello è costituito da un numero enorme di neuroni. Un uomo adulto ha 26 miliardi di neuroni. Una persona della nostra età perde circa 500 mila neuroni al giorno (di neuroni ne avete però da arrivare a 150 anni) ma il problema è nelle interconnessioni che sono i fattori cruciali. Il nostro cervello funziona perché siamo in allenamento continuamente.

I neuroni muoiono, vengono inglobati però il cervello ha un background di cellule staminali sempre pronto; però con il passare degli anni si riduce la capacità delle cellule staminali di diventare neuroni efficienti e questo porta al rimbambimento dei vecchietti.

Ebbene, si è visto che nell'animale da esperimento la restrizione calorica (non dico la dieta dimagrante), cioè portare il consumo di calorie a livelli adeguati soprattutto a livello della vita giovane, facilita la trasformazione delle cellule staminali in neuroni non solo ma facilita anche l'aumento delle cellule progenitrici. Però bisogna che l'introito calorico sia controllato.

(d. 66)

La parabola della vita:

- A 2 anni il problema è di camminare
- A 4 anni di non farsi la pipì addosso
- A 12 anni di socializzare
- A 18 anni di prendere la patente
- A 20 anni di avere una vita sessuale
- A 35 anni di guadagnare soldi
- A 50 anni di guadagnare soldi
- A 60 anni di avere una vita sessuale attiva
- A 70 anni di avere il rinnovo della patente
- A 75 anni di avere ancora relazioni sociali
- A 80 anni di non farsi la pipì addosso
- A 90 anni di poter camminare.

La vita è proprio una parabola, ma ha una sua filosofia che dice che: "I vecchi di oggi sono stati giovani, e molti lo sono fino alla morte.

I giovani di oggi sono i vecchi di domani, e un buon medico deve aiutare i pazienti a rimanere giovani. Nell'ambito del buon senso e del rispetto per la vita, e della morte, non vi sono ragioni per trattare i pazienti anziani meno accuratamente dei giovani, anzi, essi richiedono cure più tempestive, accorte e delicate."

Perché nella parabola della vita si rispecchiano.

(d. 68)

Hanno fatto uno studio dove hanno preso 2 gruppi di soggetti:

- uno di controllo: seguito da una struttura internistica
- un secondo gruppo: seguito da una unità di valutazione geriatrica (applicava le metodologie geriatriche)

A distanza di un anno la percentuale di rischio nei soggetti geriatrici si è dimezzata quindi raddoppia nell'altra.

(d. 72 – 74)

Per concludere l'Università del Michigan ha preso le fotografie dei laureandi del 1952 e li ha cercati nel 1999. Nelle foto li ha suddivisi in: molto seri, seri, sorridenti e molto sorridenti. Come vedete i "molto seri" avevano dimostrato una durata della vita molto minore dei "molto sorridenti" circa 7 anni di differenza e questo ci porta a concludere che sorridere allunga la vita.

Come diceva paperino: questo è tutto signori!!

Lezione di Semeiotica M. e C. del 26/11/2013 (1)

Semeiotica e metodologia clinica 26/11/2013

Sbobinatore: Carlotta Gironda

Revisore: Maria Silvia Varalta

Il professore presenta un caso clinico: un signore di 85 anni con febbre con temperatura di circa 38°C da un paio di giorni (cosa frequente e banale). Viene riferito un episodio di caduta a terra avvenuto la notte precedente il ricovero. Quando il paziente arriva in ospedale è dispnoico e presenta degli edemi declivi; da un mese è astenico. Viene riferita dai figli un po' di perdita della memoria.

Ci sono molte cose nello stesso paziente. Egli arriva in pronto soccorso, fa un valutazione clinica e viene sottoposto ad esami di laboratorio. Esegue una radiografia del torace e in cui si evidenzia un focolaio broncopneumonico alla base del polmone di destra. Questo è probabilmente il motivo della febbre, della difficoltà respiratoria che è la causa principale del ricovero ospedaliero. Ma il signore presenta anche un altro problema: non ha una buona capacità di urinare ed ha un ristagno urinario di circa 700 cc (che è tantissimo).

Dobbiamo cercare di affrontare le varie problematiche: le principali sono la presenza di una sintomatologia caratterizzata da astenia, dispnea, febbre, ritenzione urinaria e dal focolaio broncopneumonico.

Se un paziente giovane dovesse sviluppare la broncopneumonia certamente non svilupperebbe questi sintomi; ci sarebbero sì febbre, tosse, astenia (ma di un tipo diverso da quella del paziente anziano) ma non ci sarebbe alcuna difficoltà respiratoria né ritenzione urinaria.

Quindi la stessa situazione patologica presenta quadri clinici differenti a seconda della fascia d'età in cui si trova il paziente. Tuttavia la metodologia con cui procedere non cambia con l'età del paziente,; variano l'approccio, quello che si riesce a fare, l'aspettativa o l'obiettivo terapeutico con il paziente.

Se si va a fare l'anamnesi del signore del caso clinico si vede che da 6 mesi ha avuto un lutto, la morte della moglie (cosa non infrequente, anche se più spesso è statisticamente dimostrato che muoiono prima gli uomini delle donne – è più facile trovare donne vedove), quindi vive da solo, è parzialmente aiutato dai figli che da poco hanno assunto una badante perché il padre mostrava dei deficit di memoria e iniziali segni di decadimento generale. Il signore mangia meno del solito e con fatica (di per sé non sembra voler dire molto), si cura meno della persona, tende a rimanere a letto e a muoversi poco, ha poco interesse per ciò che lo circonda e la sua assunzione della terapia prescrittagli dal medico è irregolare.

In queste poche righe ci sono molti elementi che differenziano il paziente giovane da uno anziano, probabilmente in un paziente giovane questi dati non sarebbero neanche stati indagati mentre nel paziente anziano ci si deve necessariamente interessare a tutto quello che può portare alla “fragilità”, cioè tutti quegli elementi che espongono una persona, a parità di situazione patologica, ad avere più problemi rispetto ad un'altra.

Attualmente la maggior parte dei pazienti è anziana; molti hanno più di 65 anni, ma molti altri rientreranno in quella fascia definita come “grandi anziani” che richiederanno un trattamento diverso da tutte le altre fasce d'età. Nell'Azienda Ospedaliera di Verona l'età media dei ricoverati è abbondantemente superiore ai 65 anni; se si analizza il reparto di Geriatria o le Medicine Interne la maggioranza dei pazienti ricoverati supera i 70 anni (in Geriatria la media è 81 anni circa, nelle Medicine 78). Anche nelle chirurgie generali e in quelle più specialistiche la media è alta. Si deve avere quindi un minimo data set quando si gestisce il paziente anziano. Analizzando alcuni dati statistici si vede che i ricoveri ordinari riguardano gli anziani nel 40% dei casi. Alcuni dati ISTAT del 2003 e del 2008 mostrano come l'ospedalizzazione per i pazienti over 65 sia in aumento ma come lo sia soprattutto per i pazienti over 75. Da ciò si capisce che il medico deve avere a che fare con numerosi pazienti anziani perché la popolazione invecchia e perché le malattie si concentrano nella fasce d'età più alte.

Dati sulle cause di morte in base alla fascia d'età mostrano che gli anziani muoiono più dei giovani (sia sul territorio e tanto più in ospedale) e che le cause, stratificate in base all'età, sono sostanzialmente uguali in età geriatrica e non. Anche nell'età geriatrica la principale causa di morte è rappresentata dalle malattie cardiovascolari (50,3%) seguita poi dalle malattie tumorali (21,2%). È ovvio quindi che la gestione delle malattie cardiovascolari deve essere ottimale, si pensi che in Geriatria a B.go Trento circa il 40% dei pazienti ricoverati ha uno scompenso cardiaco.

Non è facile trattare gli anziani perché spesso il mondo della medicina gli è ostile e perché gli anziani presentano delle problematiche dal punto di vista clinico. Una patologia nell'anziano non ha la manifestazione tipica che si può ritrovare nei libri, l'atipicità nell'anziano è quasi la regola.

Oltre a questo c'è il problema della difficile interpretazione dei sintomi nell'anziano: se si guardano ad esempio i sintomi presentati nel caso clinico come la perdita di memoria, la dispnea o la difficoltà nello svolgere le attività quotidiane, è difficilmente individuabile il margine tra quello che è fisiologia dell'invecchiamento e quello che è un problema patologico. Se, ad esempio, si analizza la dispnea questa può comparire dopo uno sforzo intenso (in una persona con un alto livello di esercizio fisico) o può comparire dopo uno sforzo molto lieve (in una persona sedentaria) a parità di patologia; quindi è un sintomo che va modulato per quelle che sono le capacità del paziente (esempio fatto dal professore: in un uomo che scarica cassette al mercato per anni l'astenia e la dispnea compariranno molto dopo rispetto a qualcuno non abituato). Lo stesso sintomo va quindi rapportato a quelle che sono le condizioni del paziente; questa associazione è molto amplificata con l'età. Una persona con perdita di memoria molte volte può considerare che questo faccia parte della fisiologia dell'invecchiamento e non è in grado di distinguere ciò che è normale da ciò che è patologico. Tutto questo può comportare un grave ritardo nella diagnosi perché il paziente può non riportare alcuni sintomi.

Il professore presenta poi uno studio di molti anni fa eseguito da un ospedale americano in cui si evidenziano le cause di ricovero ospedaliero per scompenso cardiaco.

Il sintomo cardine dello scompenso cardiaco è la dispnea. Vengono mostrate le cause apparenti del ricovero in pazienti con età superiore ai 65 anni con diagnosi di scompenso cardiaco alla dimissione. I pazienti che avevano segni e sintomi di scompenso cardiaco all'ingresso erano circa il 28% (1 paziente su 4 aveva la clinica classica dello scompenso cardiaco), il 10% dei pazienti aveva problematiche polmonari (l'overlap tra patologie polmonari e cardiache è frequentissimo ed è molto facile sbagliarsi), il 14% aveva patologie d'altro genere e il 48% aveva come problema principale all'ingresso la perdita dell'autonomia e l'aggravamento di una disabilità preesistente (un peggioramento a scalino di una situazione precedente).

Si capisce che se 1 paziente su 2 arriva in pronto soccorso e poi ha uno scompenso cardiaco e la problematica d'ingresso non richiama per niente una patologia cardiaca, la diagnosi diventa più difficile. La diagnosi diventa invece più facile ricordando la fisiopatologia che è uguale ad ogni fascia d'età, anzi è amplificata nelle fasce più avanzate.

Perché un paziente anziano con scompenso cardiaco può avere un peggioramento dell'abilità e dell'autonomia fisica, intesa in senso lato? Il motivo è che confusione mentale, sonnolenza, vertigine, ipotensione arteriosa, cadute, attacchi gottosi, stipsi fanno tutte parte di un quadro fisico correlato allo scompenso cardiaco.

In che modo? L'ipotensione arteriosa e gli attacchi vertiginosi sono legati alla diminuita gittata cardiaca, la sonnolenza e la confusione mentale sono legate alla ridotta perfusione cerebrale, la stipsi invece può essere legata ad un diminuito assorbimento causato dalla diminuzione della gittata (in uno scompenso del cuore sinistro) oppure legata ad un sovraccarico di volume che si va a ripercuotere a livello gastrico e mesenterico (in uno scompenso di cuore destro). Quindi la stipsi può essere un sintomo dello scompenso, ma ancora prima di questa lo può essere l'anoressia: un paziente con ipertensione a livello gastrico dovuta ad un sovraccarico di sangue come primo sintomo smette di mangiare. Se nel 48% dei casi si vedono questi sintomi si capisce perché la dispnea non è più il sintomo dominante, qualche altro diventa più importante.

L'anziano è un paziente così complesso che una sua visione deve essere per forza diversa da quella del giovane. Per questo motivo da molti anni si usa una particolare metodica nel paziente over 65: la **valutazione multidimensionale** (VMD) che risale

agli anni '30, e che venne elaborata da due medici inglesi che lavoravano in una casa di riposo (setting assistenziale a bassa tecnologia). Essi notarono che per la difficoltà, e per l'atipicità del paziente era necessario andare oltre alle indicazioni della medicina interna. Identificavano in una valutazione globale, multidimensionale, un qualcosa che permettesse una maggior identificazione e descrizione dei problemi, un'analisi delle capacità funzionali, per creare un piano assistenziale che tenesse conto di quello che succedeva al paziente anche dopo un episodio acuto.

La valutazione doveva tenere conto non solo della sfera della salute fisica, quella insegnata nel corso di metodologia e patologia sistematica, ma anche di altri fattori che compongono la sfera di salute individuale: la parte funzionale (ciò che si è in grado di fare), la parte psicocognitiva, e quella socioambientale. In un soggetto giovane la salute generale è legata in massima parte a quella fisica, nel paziente anziano non è più sufficiente curarsi solo di quella. Se si vuole fare una valutazione totale del paziente bisogna analizzare tutti questi aspetti.

Quando un paziente entra nell'ottica della gestione geriatrica, entra in un'ottica olistica, a 360°. Se si presenta un paziente con la polmonite, l'obiettivo del medico non sarà curare la broncopolmonite somministrando antibiotici nel miglior tempo possibile ma sarà anche obiettivo mantenere e migliorare la performance fisica, il suo grado di relazione con l'ambiente, e andare a vedere l'ambiente in cui vive il signore (es. controllare se il paziente ha il riscaldamento in casa). Se il paziente oltre a ciò è cognitivamente alterato il medico dovrà ovviamente preoccuparsi anche di questo aspetto (es. altrimenti il paziente una volta tornato a casa può non assumere la terapia).

Questi non sono dettagli, fanno la differenza tra la buona medicina, che si interessa della persona, e la pessima medicina, che si interessa solo dei fatti intercorrenti acuti e non di ciò che c'è intorno.

La valutazione del paziente se deve tener conto quindi di molti aspetti non può essere eseguita da una sola persona, ma da un team (consultation teams). Queste squadre di professionisti si focalizzano su ogni paziente analizzando in modo diverso le varie sfaccettature dei suoi problemi (il medico la parte medica, l'infermiere la parte assistenziale, l'assistente sociale tutto quello che è il mondo del paziente...). I team di consultazione possono essere molto ristretti oppure allargati, a seconda della gravità dei problemi del paziente o a seguito della comparsa nel paziente di problematiche specialistiche o psicologiche.

I punti più importanti di questa lezione sono:

1) la difficoltà e l'atipicità del paziente anziano

2) con il paziente anziano, così come in ogni paziente, si deve avere una valutazione globale che deve prevedere l'intervento di più figure professionali. Ormai ogni ospedale è organizzato per problemi sui quali convergono più persone.

Si analizza quindi come fare l'**anamnesi al paziente anziano**.

Oltre all'accumulo di patologie che si ritrovano nell'anziano e non nel giovane, ciò che varia di più è il rapporto che si ha con il paziente, la difficoltà è differente. Non sempre con l'anziano l'anamnesi fornisce indicazioni fondamentali per la diagnosi.

Cosa fare quindi quando ci si avvicina ad un anziano:

È un errore urlare per farsi sentire dal paziente, egli infatti potrà chiudersi in sé stesso e non dare alcuna informazione. Se il paziente chiede di parlare più forte allora si può fare. Si deve cercare di capire che il problema uditivo esiste, che ci sono delle parole che il paziente fa più fatica a sentire rispetto ad altre, e che ci sono delle consonanti e dei toni più difficili. Bisogna quindi mettersi di fronte al paziente a parlare a tu per tu, permettendogli quindi di vedere il movimento labiale e rendere così il paziente più collaborativo.

Non dimenticare che molti pazienti portano gli occhiali; è una buona cosa che al momento del colloquio il paziente li indossi, sempre per permettere eventualmente la lettura labiale. Vanno inoltre ricordati gli apparecchi dentari (il paziente parla meglio) e gli apparecchi acustici (che spesso vengono rimossi all'entrata in ospedale).

Durante l'anamnesi si devono quindi raccogliere informazioni grazie alle quali si possa valutare l'attendibilità dell'intervistato. Domandare cose che possono non sembrare pertinenti del tipo "che ore sono?", "dove siamo ora?", "dove abita?" ecc. Tutte informazioni di cui possiamo controllare la veridicità, assumendo che se le informazioni raccolte in un campo sono vere si può andare ad immaginare che siano vere anche le altre.

Chiedere solo al caregiver può portare ad informazioni carenti, fuorvianti, fraudolente (es. se tra caregiver ed anziano ci sono dei contenziosi, un familiare che presenta la situazione ingigantita per potersi liberare dell'anziano). Testare quindi anche il caregiver. Ricordare che il paziente è l'anziano, a lui si deve rendere conto di quello che si fa, per cui il punto di riferimento è lui.

Ad esempio chiedere "crede che questo stato patologico possa interferire con le sue azioni quotidiane?", "cosa pensa sia il suo principale problema?". Difficilmente il problema sarà singolo, saranno più cose che insieme interferiranno nella salute e nella condizione del paziente.

La medicina interna ha sempre pensato che un sintomo corrispondesse ad una malattia e che risolta la malattia il sintomo sparisse. La medicina geriatrica è meno portata a questo, ma pensa che i sintomi possano essere legati a tante cose, connessi all'effetto di più deterioramenti e quindi essere il risultato di più eventi. Quali sono i vantaggi di questa visione?

Ad esempio, ad un giovane con la broncopolmonite e la febbre, somministro gli antibiotici e il giovane guarisce; ad un anziano che cade spesso, e rimane a terra per lungo tempo e sviluppa una broncopolmonite, si cura la broncopolmonite ma se non si impediscono le cadute il fenomeno si ripeterà continuamente.

Per cui con l'anziano ho più obiettivi, e di conseguenza più problematiche, nello stesso tempo.

Altri problemi da analizzare nell'anamnesi sono:

-quando si raccoglie un'anamnesi fisiologica si deve porre attenzione alle informazioni sull'alimentazione. Non riportare "alimentazione varia e corretta" perché non ha alcun significato. Va indagato in modo approfondito cosa significhi avere un'alimentazione varia e corretta. Mentre nell'adulto il problema principale sarà l'obesità, nell'anziano ci sono più sfaccettature, che vanno dall'obesità alla malnutrizione, presenti entrambe con elevata frequenza. Importante anche la comparsa dell'anoressia, un fenomeno parafisiologico dell'invecchiamento.

Per gestire al meglio questa parte dell'intervista si devono sfruttare alcuni strumenti che mi permettono di valutare dati nutrizionali: il diario alimentare, il recall delle 24h (la raccolta del consumo del giorno precedente), il ricorso all'aiuto di un dietista se necessario, e il controllo dell'assunzione dei pasti nei pazienti ricoverati o a domicilio

-indagare anche nell'anziano fumo, alcol e, con minor frequenza, la tossicodipendenza (nell'anziano si ha dipendenza perlopiù da farmaci es. benzodiazepine e antidolorifici). Ancora molti anziani fumano e bevono in eccesso; anche in età avanzata convincere a smettere di bere o fumare può portare ad un miglioramento dello stato di salute.

-indagare l'esercizio fisico, intendendo con questo l'attività fisica quotidiana del soggetto.

-possibilità di eventuali incidenti. La morte per eventi incidentali domiciliari è ancora la sesta causa di morte in Italia. La popolazione più esposta è quella anziana.

Ricordare che gli incidenti possono essere anche d'auto, poiché molti anziani hanno ancora la patente; ricordare quindi di chiedere se il paziente ha ancora la patente e valutare se è ancora idoneo a guidare (per la sua sicurezza e quella degli altri).

-importante è l'anamnesi farmacologica. Per ogni decade di età aumenta il numero di patologie e, quindi, per ogni patologia aumenta il numero di farmaci assunti. Si devono identificare i farmaci assunti, capire se ci sono duplicati, evidenziare eventuali overlap tra farmaci che possono essere positivi o negativi (es. negativo: cardiologo che prescrive farmaco non compatibile con alcune patologie polmonari come i beta-bloccanti). Infine indagare quelli che il paziente può non considerare farmaci (consigliati da un amico, farmaci da banco, preparati erboristici).

Chiedersi "il farmaco dato ieri è ancora utile oggi?", se non è necessario rimuoverlo.

L'esame obiettivo nell'anziano è più difficile.

Il paziente ha meno forza, lo spazio temporale a disposizione del medico è limitato. Gli elementi fondamentali della semeiotica, comunque, rimangono uguali in tutte le fasce d'età.

Ci sono però cose da fare sempre:

-controllare sempre peso e altezza, e monitorarli nel tempo. L'altezza varia con il passare degli anni (l'atteso decremento di altezza, senza patologie di fondo, tra i 60 e gli 80 anni è di 1 cm per decade; nel caso di patologie della colonna la riduzione può essere più vistosa). Il peso è un parametro fondamentale per lo stato nutrizionale, ma anche per moltissime patologie. Va misurato ogni volta che si vede il paziente, che sia in un setting ospedaliero o ambulatoriale. Si deve studiare la storia ponderale.

-indagare vista e udito in maniera grossolana

-esaminare il cavo orale osservando eventuale edentulia (oggi meno frequente, circa 30-40% anziani), dentatura, dentatura residua, capacità masticatoria, carie, tasche dentarie. È importante poiché ci sono pazienti che sviluppano spesso infezioni respiratorie a causa dello stato del cavo orale.

-esaminare la cute per la maggior frequenza di neoplasie in età geriatrica, e per la presenza di patologie legate ai decubiti.

Il **decubito** è un'alterazione del tessuto cutaneo che interessa la superficie compresa tra un punto di appoggio ed una struttura ossea. È una lesione che si verifica quando si ha una compressione che supera la pressione di perfusione di quel tessuto. La pressione dall'esterno va a comprimere una struttura vascolare causando così una lesione di tipo ischemico. Le lesioni da decubito sono di fondo ischemiche.

Sono più presenti nell'anziano, anche se possono essere presenti nel paziente giovane allattato per lungo tempo. L'anziano è più predisposto perché la fisiologia dell'invecchiamento della cute la rende più fragile: gli spessori sono più bassi, la parte dell'epidermide diventa molto più semplificata, i vasi a livello del derma sono più rarefatti (rendendo più facili così gli eventi ischemici), il pannicolo adiposo che funge da cuscinetto sull'osso si riduce.

Le lesioni si sviluppano perché si riduce la pressione di perfusione capillare il cui valore fisiologico è 32 mmHg. Quando la pressione dall'esterno supera questo valore, in questo punto si crea un'ischemia. Si capisce che non serve una pressione esterna molto elevata per causarle.

Quando si esamina una lesione da decubito si vede solo l'aspetto esterno, ma si deve immaginare che la lesione in realtà sia più profonda (la lesione è partita dagli strati sottostanti per poi affiorare in superficie).

Ci sono 4 stadi della lesione da decubito:

1° stadio: dilatazione dei capillari e delle venule del derma, si rilascia istamina e si forma una zona di eritema. È un eritema che, all'inizio, scompare alla compressione, ma che con il tempo è caratterizzato da uno stravasamento di globuli rossi nel sottocutaneo e che lo rende permanente. Quando un eritema diventa fisso viene detto lesione da decubito di 1° stadio, caratterizzata da un danno di tipo superficiale, con un'ischemia profonda.

2° stadio: si modifica sostanzialmente l'anatomia dell'epidermide, compaiono zone di necrosi, atrofia e di bolle. Compare una vera e propria erosione. L'aspetto è quello di un'ulceretta con del tessuto più o meno essudativo. I bordi sono delineati.

3° stadio: l'epidermide viene completamente sovrvertita, la lesione si approfonda. L'epidermide e le strutture in essa contenute (ghiandole, peli) scompaiono, si ha una degenerazione degli annessi. È sempre presente essudato. È visibile ancora una zona di buona irrorazione al margine della lesione.

4° stadio: perdita di pelle a tutto spessore, la lesione è molto profonda. Compare una necrosi che va in profondità e può interessare varie strutture: muscoli, arrivando perfino alle ossa. I bordi della lesione sono sopraelevati e a livello di questi si possono trovare delle zone suppurate.

Le lesioni da decubito, ovviamente, avvengono dove c'è decubito. Le zone dove si sviluppano variano in base alla posizione del paziente: con un paziente supino si cercheranno a livello del sacro, dei talloni, delle scapole, della nuca; con un paziente in decubito laterale si cercheranno a livello delle orecchie, dei gomiti; con un paziente in carrozzina si cercheranno a livello dei talloni, sacrale.

I pazienti in carrozzina hanno un rischio di lesioni più elevato perché la pressione di compressione a livello del sacro è di 300 mmHg contro i circa 150 mmHg sviluppati dal peso corporeo di una persona stesa a letto (ricordando che la pressione di perfusione è di 32 mmHg), ergo il paziente in carrozzina rischierà la lesione in un tempo minore rispetto a quello steso. Di conseguenza il medico dovrà richiedere una mobilitazione più frequente nel primo caso, anche perché la posizione seduta è da preferirsi alla stesa poiché permette al paziente di relazionarsi meglio e di poter mangiare meglio.

Per valutare il rischio di sviluppare le lesioni si usano delle scale che permettono di valutare il rischio di ogni paziente. Una di queste scale è quella di Exton-Smith che tiene conto delle condizioni cliniche, dello stato mentale, della deambulazione, della mobilità e dell'incontinenza. Per ognuno di questi fattori tanto più il punteggio è alto, tanto minore sarà il rischio di lesioni. L'utilizzo di queste scale mi permette non solo di avere una predizione, fine a sé stessa, ma permetterà anche di orientare

l'attività assistenziale verso quei pazienti più a rischio. Tutti i pazienti che entrano in ambiente geriatrico o nelle medicine vengono testati con qualche scala perché la comparsa di un decubito in qualsiasi situazione (ricovero ospedaliero, casa di cura ecc.) è indice di una cattiva qualità assistenziale.

-Interessarsi al problema delle cadute. La caduta è un evento involontario, incontrollato nel quale una persona passa da un livello ad un altro e qualche volta questo causa traumi. È fondamentale rilevarle, si deve quindi inserire nell'esame obiettivo dell'anziano l'osservazione del cammino vedendo se la marcia è sicura, se la forza è conservata nei due arti, se c'è una tendenza alla perdita dell'equilibrio ecc. Si possono usare dei questionari per valutare il rischio. Chiedere al paziente se è mai caduta o se gli capita di cadere più spesso di recente. Le cadute non sempre sono correlate a problematiche cliniche, ma spesso sono causa ad esempio della frattura del femore, che è un evento catastrofico nella vita di un anziano, dal quale può non riprendersi più. A parte la questione delle fratture, una persona che tende a cadere spesso tende a muoversi di meno, come meccanismo intrinseco di protezione. Questo però nel paziente è un evento negativo.

Nell'anziano si deve anche valutare la **comorbilità** questa non è semplicemente la presenza di più patologie nello stesso paziente; indica una condizione medica in cui una malattia è presente insieme ad un'altra e può avere un effetto di interazione rispetto un'altra. È una situazione in cui la sintomatologia, la risposta al trattamento, la possibilità di recupero e la prognosi possono cambiare, determinando una situazione clinica differente, valutata in maniera obiettiva. Statisticamente i pazienti con più patologie in contemporanea muoiono di più di quelli che ne hanno meno. Ma se oltre al numero di malattie si analizza anche la gravità di ciascuna di queste e la loro interazione, il concetto è più completo. Per obiettivarlo in letteratura si usano vari score, che valutano nella maniera più scientifica, i casi di comorbilità.

Tra questi c'è l'**indice di comorbilità di Charlson** (il più vecchio), nato in ambiente chirurgico. I chirurghi si erano accorti che alcune patologie gravavano in termini di mortalità nel post-operatorio molto più di altre, talvolta rendendo futile la tecnica operatoria.

Ad ogni malattia viene assegnato un punteggio (es. la cirrosi epatica ha un punteggio molto più alto dell'infarto del miocardio); in un paziente con più patologie si fa la somma dei vari punteggi. Stratificando in pazienti in base allo score ed analizzandone la sopravvivenza nell'arco di 10 anni, si vede come quei soggetti con uno score maggiore di 3 abbiano una probabilità di morire a 2 anni che è circa 5-6 volte superiore rispetto ad un soggetto con score 0.

L'indice ora utilizzato si chiama **CIRS**, un indice che dà un ranking da 1 a 5 in base ad una scala cumulativa di patologie divise in 4 grandi temi. (*dalle slide 1: patologia assente 2: lieve 3: moderata 4: grave 5: molto grave NdR*). Il vantaggio di questo indice è che con un'anamnesi ben fatta, che indaga non solo le patologie presenti ma anche la loro gravità, si riesce ad avere un punteggio di valutazione molto accurato, dando un'idea molto precisa della situazione del paziente.

Un ultimo score utilizzato è l'**APACHE II**, utilizzato nelle rianimazioni, che richiede la monitoraggio di molti aspetti del paziente. Sono presenti varie voci: la temperatura rettale, la pressione media, la frequenza cardiaca e respiratoria, la pO₂, il pH, alcuni dati di laboratorio, Glasgow Coma Scale. Tutte queste variabili sono quotidianamente rilevate in un paziente (ad eccezione di pO₂ e pH). A seconda del valore dello score, la prognosi sarà più o meno positiva. Al punteggio ottenuto si deve aggiungere un punteggio dato in base all'età del paziente (nei pazienti più anziani il punteggio è più alto); ciò dimostra che l'età conta ma non è la sola condizione prognosticamente rilevante, è un fattore di aggravamento ma questo si ha quando la situazione di comorbilità è tale per cui il paziente è in condizioni critiche. È una scala utile per valutare le risorse residue di un paziente.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 2/12/2013 (1)

Lezione di Semeiotica e Metodologia Clinica del 2/12/2013

Sbobinatore: Stefano Fuggini

Revisore: Laura Sponga

(Viene ripresa la parte finale della lezione precedente relativa all'APACHE II, mostrando una tabella)

L'APACHE II è un indice di comorbilità che ha una variabile normale, sulla linea rossa, e delle variabili anormali sia che il dato sia elevato e sia che risulti basso e tiene conto di tutta una serie di fattori che vengono analizzati in un reparto di terapia intensiva o in quelli di terapia semi-intensiva. Ci sono diversi fattori che vanno dalla temperatura corporea fino alla Glasgow Coma Scale. Se si incrociano alcune di queste diverse situazioni si riesce ad avere una buona stratificazione del paziente. L'indice tiene conto della temperatura, della pressione, della frequenza cardiaca, la scala dei comi di Glasgow, e si riesce ad avere un punteggio molto dettagliato. Inoltre, a seconda dell'età del paziente c'è un fattore aggravante; un paziente che ha più di 75 anni, aggiunge allo score raggiunto da tutte le variabili un punteggio aggiuntivo, mentre un paziente più giovane avrà un valore più basso. Questo significa che se abbiamo una valutazione molto attenta di tutta una serie di parametri tra di loro differenti, ma che poi si vanno riunire quando sto valutando un paziente, riesco a dare una definizione di prognostica di tipo scientifico, e questo sta a significare che non è una nostra impressione o esperienza, ma è sulla base di un dato presente in letteratura che abbiamo un giudizio prognostico negativo o positivo di quel determinato paziente. Dice inoltre che se stiamo trattando un paziente di 85 anni ed ha la parte generale dello score di morbilità uguale a quello di un 50enne, questo avrà un rischio di morbilità e di mortalità incrementato per un fattore N dipendente dall'età. Questo può spiegare perché un signore di 90 anni con una broncopolmonite ha una mortalità superiore di un signore di 50 anni. Questo va messo in termini razionali e scientifici, quando bisogna spiegare al paziente che la malattia è banale ma la prognosi è negativa, quando bisogna spiegarlo ai figli del paziente. Tutto ciò che il medico fa deve essere giudicato in termini di probabilità di riuscita negativa o positiva.

La valutazione multidimensionale valuta altre 3 sfere, oltre alla sfera della salute fisica (nel senso più medico del termine)

2) Sfera della funzione fisica

Se si prende percentualmente la funzione fisica motrice dei pazienti, la capacità di deambulare (*viene mostrato un grafico*) e si stratifica per fasce d'età si vede come a 80 anni il 40% delle donne e il 30% degli uomini comincia ad avere problemi. Se si sale a 85 anni si ha il 60% delle donne e un po' meno del 40% degli uomini con problemi a deambulare. Il che vuol dire che ci si deve aspettare che un signore di 85 anni che si va a far visitare, abbia problemi di mobilità. Se si prende poi una popolazione di soggetti e si stratificano per numero di malattie, al crescere dell'indice di comorbidità e all'interno di ogni fascia d'età, le persone che hanno bisogno di un aiuto fisico (*parte rossa nel grafico mostrato a lezione*) aumentano. Quindi, più vecchio è il paziente più ho bisogno di un aiuto di tipo fisico per la vita quotidiana; più malattie ho, più ho bisogno di aiuto; più sono vecchio e più ho malattie, più queste due cose si aggiungono tra di loro comportando un grosso problema. Esistono tutta una serie di cose che si dovrà andare ad indagare dal punto di vista dell'abilità fisica. La prima di queste, del 1970, è la scala delle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL) (*Viene mostrata una tabella utilizzata in clinica*). Indaga una serie di funzioni banali, che vengono indagate in maniera dicotomica (si è in grado di farle o no, nonostante siano riportate delle sfumature di risposte). Le cose che vengono indagate sono molto semplici:

- Si va in bagno in autonomia
- Si veste in autonomia
- È in grado di usare la toilette
- È in grado di spostarsi da solo
- Ha una continenza e un'alimentazione autonome

A ognuna di queste risposte il paziente può rispondere sì ed essere totalmente autonomo nelle attività della vita quotidiana; oppure può rispondere no e in questo caso si deve far aiutare da qualcuno. Se un paziente non è in grado di vestirsi bisogna avere qualcuno che lo aiuti a vestirlo; se non è in grado di alimentarsi autonomamente o è solo parzialmente in grado, da qui in poi scatta il bisogno di aiuto. Se un paziente in queste condizioni non riceve aiuto, la sua quotidianità è un "disastro"; alcune di queste cose si ripercuotono in una mortalità a breve termine, altre si ripercuotono in un grandissimo disagio.

Viene utilizzato un questionario in cui il paziente deve rispondere sì o no; se non è in grado di rispondere, qualcuno lo dovrà fare per lui (il care giver, un familiare). Questo questionario è molto semplice, ha dei costi vicini allo 0, ha un bisogno di training che si avvicina allo 0 rispetto all'operatore, ma ha una sensibilità molto bassa. Un soggetto può essere incapace di alimentarsi ma la "modalità in cui è incapace" può variare moltissimo. Dà quindi delle risposte grossolane, ad esempio mi dice che nella città di Verona, nelle Activities of Daily Living, il 35% degli anziani ha bisogno di assistenza, magari dice in cosa ha bisogno di assistenza, ma non mi dà informazioni aggiuntive. Mi dà però i bisogni: in una casa di riposo, ad esempio, se ho il 50% degli anziani che hanno 3-4 deficit nelle attività della vita quotidiana, avrò bisogno di molto personale paramedico; se all'interno di questa casa di riposo il personale paramedico sarà di poche unità, l'assistenza che si offre è bassissima. Quindi, a seconda del grado di autosufficienza della popolazione, deve corrispondere un numero adeguato di ore di assistenza.

Esiste poi una seconda scala, la scala delle attività giornaliere strumentali (IADL, Instrumental Activities of Daily Living). Indaga se il paziente è in grado di:

- prepararsi i pasti
- gestire denaro
- svolgere un lavoro manuale
- usare il telefono
- usare i mezzi di trasporto
- fare la spesa
- tenere in ordine la casa
- fare il bucato
- assumere medicine

Queste informazioni vanno a valutare una sfera della vita quotidiana non essenziale, come le precedenti, ma comunque fondamentali. Alcune sono sfere che vanno a vedere esattamente i bisogni del paziente. All'interno di queste funzioni ci sono però anche dei ruoli sociali: ci sono delle cose che le persone non hanno mai fatto; se si prende il fatto di saper gestire il denaro, fino a poco tempo fa, ma anche adesso per i pazienti anziani, era difficile che la gestione del denaro fosse appannaggio del sesso femminile, quindi una donna che rimane vedova in tarda età non sarà in grado di gestire da sola il denaro. Anche queste sembrano informazioni grossolane e banali, ma sono fondamentali. Si utilizza un questionario molto semplice, con sensibilità molto bassa, possibilità di bias sesso-dipendenti, e indaga le capacità fisiche, mentali, relazionali, contatti sociali. Si può non essere in grado di preparare un pasto perché non si possono muovere le braccia, per alterazioni cognitive, perché non ci si è portati, perché non se ne ha voglia o non lo si è mai fatto. Esiste un altro questionario per indagare le abilità fisiche, un po' più strutturato dei due precedenti, chiamato scala di Barthel (*viene mostrata una tabella che rappresenta la scala*). Valuta diverse funzioni. Si divide in due parti, una del self care e una della mobilità. Ha poco a che fare sia con la ADL sia con la IADL e dà punteggi tanto più alti quanto più la persona sa fare. Quindi una persona che in questa scala va benissimo ottiene 100/100. Esempio: nel prendere un bicchiere e bere da questo, si può essere completamente autonomi, necessitare di aiuto o proprio non farlo per niente, e il punteggio va da 4 (lo sa fare), 2 (viene aiutato), 0 (non lo sa fare). Questa scala descrive benissimo i bisogni di una persona. Quando il punteggio è intorno a 60/100 o sotto, il bisogno di una persona è molto alto e quindi, se il bisogno è alto, la risposta dovrà essere altrettanto alta. NB: la regione Veneto ha imposto che tutte le cartelle dei pazienti ricoverati in ospedale abbiano una valutazione della scala di Barthel all'entrata, a metà del ricovero e alla dimissione. Deve essere quindi compilata da ogni medico o da ogni infermiere con la supervisione del medico in ogni ospedale del Veneto, con una duplice funzione: quella di dare una "fotografia" dei ricoverati e dei loro bisogni, e per vedere l'evoluzione dei bisogni del paziente durante il ricovero. Un paziente entra in ospedale con un certo valore, e facilmente uscirà con un valore più basso, tanto più basso quanto peggiore sarà il tipo di assistenza che si fornisce. Esempio: un anziano che esce da un reparto per una broncopolmonite di per sé guarita, può avere una

prognosi negativa per un peggioramento delle attività della vita quotidiana o della scala di Barthel indipendente (atteggiamento che il medico ha avuto nei confronti del paziente) o dipendente (gravità della broncopneumonia) dalla broncopneumonia

Le scale che valutano le abilità danno delle fotografie statiche o dinamiche, a seconda che si ripetano nel tempo, ma dicono se i soggetti sono o meno capaci di fare un'azione, la Barthel dà una graduazione della capacità di fare, ma danno sempre una risposta dicotomica o al massimo con 3-4 livelli. Esiste invece la possibilità di valutare un dato sulla capacità fisica di una persona che sia contiguo, andando a valutare i test di performance. Quello usato ormai in tutto il mondo si chiama Short physical performance battery, composto da 3 sottotest, non necessita di tecnologie importanti, occorre una buona metodologia e una bassa tecnologia (un cronometro, un percorso rettilineo per far camminare il paziente e una sedia). I 3 test sono:

- Balance test: a sua volta composta da 3 sottotest; si chiede al paziente di stare in piedi, mettendo i piedi uno in parallelo all'altro, e di rimanerci per almeno 10 secondi; se il paziente non è in grado o comincia a ondeggiare rischiando di cadere, il test viene considerato patologico assegnando un punteggio molto basso. Se il test viene superato gli si chiede di mettersi in una posizione di semi-tandem con il tallone in parallelo con la punta dell'altro piede (base di appoggio minore della posizione precedente ma sempre abbastanza ampia) e gli si chiede di rimanerci per altri secondi; se non è in grado di rimanerci per almeno 10 secondi il test viene sospeso, altrimenti si passa alla posizione di tandem mantenendola per 10 secondi. Si riescono a ottenere informazioni sulla capacità del paziente di rimanere in piedi.

- Gait speed test: si chiede al paziente di partire da un certo punto e di compiere una distanza di 4,50 m andando a misurare il tempo che impiega, valutando questo tempo espresso in secondi. Ognuno di noi ha la capacità di compiere 1 m in 0,8 secondi. Tra gli anziani ricoverati in geriatria un 50-60% va al di là dei 0,8 secondi, fino ad arrivare a pazienti che impiegano 1,2 secondi, 1,5 secondi o che addirittura non ce la fanno. Si possono quindi stratificare in base al tempo che impiegano. Questo test è stato pubblicato su una rivista di cardiologia ed è il miglior indicatore di mortalità dopo un intervento cardiocirurgico, meglio del cicloergometro o dell'ecocardiogramma.

- Chair stand test: il paziente viene invitato ad alzarsi dalla sedia senza aiutarsi con le braccia e si valuta il tempo che impiega ad alzarsi per 5 volte. Alcuni pazienti non sono in grado di alzarsi nemmeno una volta.

La possibilità di mettere insieme questi 3 test si configura nello short physical performance test e risulta essere un test complessivo molto buono di predizione di mortalità, autosufficienza. Nell'esecuzione di questi test bisogna essere molto accurati

A questi 3 test, negli ultimi anni, se ne è aggiunto un altro chiamato handgrip test che necessita l'utilizzo di un dinamometro per la mano, fatto di due bracci, uno fisso e uno mobile con una molla attaccata e a questa è attaccato un dinamometro che misura la forza dell'arto superiore. Il paziente deve assumere la posizione corretta con l'avambraccio ad angolo retto sul braccio impugnandolo in maniera corretta (mano non troppo aperta né troppo chiusa). Esistono valori di riferimento che indicano quanto deve essere l'espressione della forza della mano in una donna sopra i 65 anni e quanto in un uomo. Tanto più il valore è al di sotto della norma tanto più ci saranno problematiche a carico della forza muscolare. Con questo test si valuta la forza muscolare dell'arto superiore, che è un indice indiretto di ciò che servirebbe. In realtà servirebbe molto di più la forza dell'arto inferiore, perché è quella che consente di fare delle rampe di scale (insieme alla performance respiratoria e cardiaca), di camminare e di avere una vita autonoma. Valutare la forza dell'arto inferiore, però, è molto più difficile e necessita l'uso di dinamometri molto più accurati e grossi (come dimensioni), quindi non spostabili. Ma indirettamente posso pensare che se una persona ha poca forza nel braccio avrà anche poca forza nella gamba.

3) Sfera della funzione cognitiva

Indaga due funzioni: quella mentale e quella di tipo motivazionale legata al tono dell'umore. Anche in questo caso ci sono diverse scale di valutazione. La prima è la MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) (*mostra una tabella che rappresenta questa scala*): si compone di 30 items, per valutare l'orientamento temporo-spaziale, la memoria, l'attenzione e il calcolo, il richiamo di 3 oggetti (quindi una memoria più a lungo termine) e infine il linguaggio. È un questionario semplice che può essere fatto da chiunque dopo un breve training (maggiore rispetto a quello che serviva per ADL e IADL). Esempi di domande: il paziente deve riferire il giorno della settimana e del mese, in che mese siamo, in che anno e stagione siamo. Questa comprende 5 sottodomande, quindi il punteggio massimo è 5. Ci sono situazioni in cui il paziente non è in grado di rispondere, come quando si rimane in reparto per molto tempo e in alcuni reparti (ex rianimazione) che fanno perdere l'orientamento spazio-temporale. Quindi queste domande che indagano delle cose molto banali vanno interpretate a seconda della posizione del paziente.

Altre cose devono essere valutate in base al grado di formazione culturale del paziente. Ad esempio se si chiede di scrivere una frase di senso compiuto e il paziente è analfabeta, questa frase non la si otterrà.

Quindi se il paziente ottiene 30/30 teoricamente non ci sono deficit cognitivi. Si ha deficit cognitivo al di sotto di 24/30, e si ha un range tra 24 e 30 in cui il paziente è borderline tanto di più quanto più è vicino ai 24. Esiste inoltre la necessità di una correzione per il grado culturale del paziente ma anche per il suo grado di interesse o per la sua situazione. In questo test si ha la necessità di una totale collaborazione del paziente.

Un altro test è il test dell'orologio: viene fornito un foglio bianco, se il paziente è bravo si disegna il cerchio, altrimenti lo disegna il medico. Gli si chiede, quindi, di distribuire le ore. Si guarda dove e in che ordine scrive le lettere. Nell'esempio mostrato a lezione è evidente che c'è un totale disordine e le ore 11 non ci stavano all'interno del disegno. Si chiede inoltre di segnare un'ora, ad esempio le 3:15, con le corrette lancette. Nell'esempio si vede che non viene inserita l'ora corretta e una lancetta non è finita, a testimonianza del fatto che c'è una tendenza a riprodurre quello che viene chiesto, ma presenta ampi margini d'errore. Il paziente in esame ha ottenuto un punteggio di 26/30 nel MMSE e con questo test dell'orologio lascia dubbi sulla sua sfera cognitiva, anche se non ci fa dire che è demente, ma fa partire una serie di test aggiuntivi più accurati.

Altre scale indicano un sospetto di modificazione del tono dell'umore (la depressione reattiva è presente nel 20-30% della popolazione). Una di queste, mostrata a lezione, è costituita da 15 items e in base alle risposte si evidenzierà un rischio o meno di depressione. Anche in questo caso bisogna stare attenti all'attenzione del paziente e di valutare la possibilità che il paziente voglia finire velocemente il test dando risposte a caso.

4) Sfera sociale e valutazione della situazione sociale

È la sfera meno medica tra tutte, che può essere indagata anche da una figura professionale all'interno del team nel quale il medico lavora, l'assistente sociale. Bisogna valutare lo stato socio-economico, grossolanamente la capacità sociale, la rete sociale e il supporto sociale. Bisognerebbe valutare inoltre lo stato etico e spirituale, la capacità di supporto, il carico di lavoro del care giver, l'ambiente e altre due cose che in Italia non vengono mai fatte: la presenza di abusi sugli anziani dal punto di vista fisico (AGEISMO: situazione di abbandono in cui vengono collocati diversi anziani dalla società, anche medica) e la possibilità del paziente di poter dire quali provvedimenti vuole vengano presi in base a ciò che succederà. Importante è andare a vedere l'ambiente in cui l'anziano si verrà a trovare dopo il ricovero, in quanto può diventare ostile in base alle condizioni in cui il paziente si trova. Questo dovrebbe essere valutato da un assistente sociale. Ad esempio controllare l'illuminazione della casa, che può essere troppo buia o avere luci riflesse troppo forti, fare attenzione ai tappeti troppo scivolosi, le scale ecc. Bisogna quindi creare un ambiente domiciliare idoneo al suo stato di salute e al suo stato di capacità funzionale.

La VALUTAZIONE MULTIFUNZIONALE è legge della regione Veneto, obbligando il medico, l'infermiere e l'assistente sociale a essere parti comuni della valutazione multidimensionale. La scheda che si usa nel veneto si chiama SVAMA (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'adulto e dell'Anziano), che regola l'accesso ai servizi della rete assistenziale, semiresidenziale e domiciliare integrati, in maniera tale che i pazienti abbiano una risposta in termini assistenziali proporzionale ai loro bisogni. Comprende una parte medica, una parte infermieristica e una parte dell'assistente sociale. Dall'insieme di queste tre valutazioni ne scaturisce un punteggio finale che viene visto da una commissione e in base al quale si viene inseriti in una graduatoria regionale. A livello nazionale 4-5 regioni usano questa scheda, altre ne usano una chiamata SOFIA, e altre 7-8 che ne usano una computerizzata, chiamata VAOR, tra tutte, probabilmente, la più completa. Ha lo svantaggio di avere un copyright e quindi è più costosa delle altre.

Breve riassunto: il medico si troverà a lavorare con molti anziani, con una maggioranza di donne (rapporto donne - uomini di 2:1), con la conseguenza che ci sarà bisogno di strutture per accogliere più donne che uomini in quanto hanno bisogni sanitari diversi (la donna è percentualmente più disabile del maschio, vive di più ma vive più anni in disabilità). Ci saranno pazienti con molte problematiche, tante di queste croniche.

Per far fronte a tutto ciò il Ministero della Sanità dà delle indicazioni su come si deve lavorare a livello nazionale. Ci sono dei quaderni che danno dei criteri di appropriatezza sulla modalità di assistenza dei pazienti nelle diverse situazioni. I punti su cui il ministero batte per fare una buona assistenza al paziente anziano sono:

- L'indispensabilità dell'impiego di una valutazione multidimensionale
- Lavorare in modo multiprofessionale
- Occuparsi dell'autonomia funzionale
- Valutare lo stato cognitivo, affettivo e comportamentale
- Coinvolgere paziente e care giver nel programma di cura
- Prevenire le complicanze legate al ricovero
- Pianificare la dimissione
- Avere una proiezione dell'esperto della cura dell'anziano anche al di fuori dell'ospedale

(mostra un grafico pubblicato sul NEJM) Ci sono prove di evidenza che dicono che prendendo un gruppo di anziani e valutandoli con le ADL, li sottopongo a una valutazione multidimensionale e a una cura in cui tengo conto del paziente nella sua interezza, oppure li metto in un reparto di medicina interna, fornendo il massimo dell'assistenza tecnica ma non mi interesso dell'aspetto funzionale, cognitivo, depressivo, e vado a vedere gli outcomes, si vede che la parte dei pazienti che vanno molto meglio (*parte nera*) è molto superiore nel gruppo d'intervento rispetto al gruppo di osservazione, mentre nei pazienti che vanno un pochino peggio è superiore nel gruppo dei pazienti trattati con usual care rispetto a quelli del gruppo d'intervento. Quindi a seconda di come mi approcio al paziente, la risposta in termini di outcomes cambia molto. Inoltre se si agisce in questa maniera si può ridurre il tasso di istituzionalizzazione e migliorare lo stato cognitivo. Molti anziani ricoverati hanno un episodio di delirium, che è una perdita transitoria della capacità cognitiva che si verifica nel 35% dei casi, ed è tanto più frequente tanto più la modalità con cui tratto il paziente è di tipo tradizionale e non multidimensionale. Ci sono risultati migliori in termini di outcomes funzionali, cognitivi e in termini di mortalità.

La maggior parte degli anziani passa la sua vita all'esterno dell'ospedale dove va fatta la convalescenza della maggioranza delle malattie, la stabilizzazione della cronicità, la prevenzione, in quanto un paziente rimane in ospedale mediamente 10-11 giorni. Quindi quando dimetto un paziente devo essere in grado di fare un piano assistenziale con una continuità tra interno ed esterno dell'ospedale.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 3/12/2013 (1)

Sbobbinate: Dorian Franch

Revisore: Nicola Spadoni

Semeiotica Medica e Chirurgia

Prof Pollini

METODOLOGIA CHIRURGICA

La branca della chirurgia è molto diversa rispetto a quella internistica; questo è dovuto all'approccio "cruento" con cui il chirurgo interviene sul paziente.

Le esigenze tra le due discipline sono diverse.

- Il chirurgo ha poco tempo per: fare una diagnosi, decidere come muoversi ed agire. Dalla rapidità del suo intervento dipende la vita del paziente.

- L'internista ha più tempo e deve considerare anche l'aspetto economico, dei costi delle cure.

La mentalità che bisogna acquisire è diversa e anche l'incontro col paziente sarà quindi differente.

Ad esempio se si presenta al pronto soccorso un paziente pallido con uno straccio attorno alla gamba, il primo pensiero è che stia perdendo sangue; allora andrò subito a verificare se è vero e com'è successo, dialogando col paziente. Anche per il chirurgo è fondamentale l'anamnesi, anche se l'approccio rimane diverso da quello di tipo medico/internistico.

Le tappe che guidano l'approccio al paziente sono quattro.

1. OSSERVARE.

Quando arriva il paziente bisogna subito cogliere più indizi possibili sul motivo del suo arrivo in ospedale solamente osservandolo; i vari elementi che noto li approfondirò in un secondo momento con l'anamnesi.

Ad esempio se il paziente è giallo (itterico) ho già in mente: cosa può avere, le domande da fare e quello che mi potrà dire.

Va valutata anche la modalità di ingresso in ospedale: come cammina, se è accompagnato, i movimenti che fa (posso sospettare un trauma alla gamba semplicemente osservandolo).

È fondamentale guardare il paziente prima di esaminarlo. Ad esempio valutare la motilità del torace, la globosità dell'addome...e tutti quei segni che mi serviranno per la diagnostica.

1. PARLARE.

1. VISITARE il paziente, tutte quelle manovre che fanno parte della semeiotica.

1. ESAMI DI LABORATORIO. Servono a confermare o smentire la mia ipotesi diagnostica.

Tante volte questo ultimo punto nella routine ospedaliera tende a precedere gli altri. Si passa direttamente agli esami di laboratorio e alla radiologia senza aver prima parlato col paziente e senza averlo visitato. Gli esami dovrebbero essere chiesti basandosi sul sospetto diagnostico, per poterlo confermare.

ANAMNESI

In ambito chirurgico, dove il tempo è poco, è importante focalizzare le cose da chiedere, fare delle domande mirate senza lasciare che il paziente parli a caso.

Anamnesi familiare.

Bisogna indagare in modo approfondito se in famiglia vi sono patologie che potrebbero essere su base ereditaria (poliposi familiare del colon, familiarità per il cancro al seno...).

Va posta attenzione anche all'ambiente in cui vive il paziente, perché ci potrebbero essere disturbi associati a questo. *Ad esempio se vive vicino alle antenne per la telecomunicazione, le onde elettromagnetiche che lo colpiscono quotidianamente potrebbero predisporlo allo sviluppo di una leucemia.*

Anamnesi fisiologica.

Ad esempio bisogna ricordarsi di chiedere ad una donna se è in menopausa e quante gravidanze ha avuto.

Riassunto sul cosa succede al cibo che ingeriamo.

- Il cibo, dopo essere stato masticato nella bocca, viene deglutito e passa nell'esofago e da qui, attraverso il cardias, nello stomaco. L'esofago è dotato di una muscolatura che permette al cibo di procedere sempre in direzione aborale, anche se ad esempio noi siamo a testa in giù.

Ci sono pazienti che possono avere problemi in questa fase di passaggio del cibo dall'esofago allo stomaco e la causa può essere un carcinoma esofageo che restringe il lume. Il paziente ha fame ma non riesce a mangiare, perché tutto quello che ingerisce torna indietro e lo vomita. Ci sono anche casi in cui riescono a passare i solidi, ma non i liquidi.

- Il chimo attraverso il piloro viene spinto poco alla volta nel duodeno, qui l'acido cloridrico stimola il rilascio di bile e succo pancreatico, che servono per demolire tutto il contenuto.

- Da qui il chilo percorre tutto l'intestino dove viene riassorbita l'acqua e tutte le sostanze utili, che attraverso il sangue arrivano al fegato, che le trasforma e smista tra i vari comparti (glicogeno, proteine strutturali...).

- Dalla valvola ileocecale il contenuto, che non è stato assorbito, percorre colon ascendente, trasverso e discendente; tutta l'acqua viene estratta ed i residui si fermano a livello dell'ampolla rettale, fino a quando si ha lo stimolo per l'evacuazione. A livello dell'ampolla rettale il ristagno delle feci per molto tempo, in chi soffre di stipsi, alla lunga può portare a diverticolosi. Il cibo rimasto a putrefare produce gas che spingono sulla parete intestinale e nei punti di minore tensione creano delle sacche, i diverticoli, che nel peggiore dei casi possono perforarsi dando diverticolite acuta e infiammazione del peritoneo. Se sospetto diverticolosi farò eseguire al paziente esami come la colonscopia o come il clisma opaco. Ma per arrivare a sospettare una diverticolosi devo parlare col paziente.

Un'altra abitudine da indagare è il consumo di alcolici in modo abituale, che può portare a sofferenza epatica e steatosi, cioè il fegato si riempie di grasso.

L'alimentazione è un altro punto da valutare, ma bisogna tenere presente che spesso mangiamo molte cose di cui non sappiamo il contenuto. *Ad esempio la nutella contiene grassi animali, che sono ottenuti dal surfactante polmonare estratto dai polmoni dei polli.*

L'incremento dei tumori al pancreas potrebbe essere dovuto a tutti i coloranti e sostanze chimiche contenuti negli alimenti, che noi inconsapevolmente ingeriamo.

La ginecomastia (lo sviluppo delle mammelle nel maschio) è un altro problema legato all'alimentazione; si ha quando il fegato è danneggiato e invece che produrre testosterone si ferma a monte della produzione e rilascia estrogeni. Un altro caso in cui si ha ginecomastia è quando si ha una somministrazione così elevata di testosterone tale per cui il fegato non riesce a metabolizzarlo tutto e viene trasformato in estrogeni (succede ai palestrati che fanno uso di sostanze ricche in testosterone). *(n.d.r. Rapporto quanto il prof ha detto)*

Altro esempio è la diossina che si può trovare nelle mozzarelle fatte con latte ottenuto da mucche cresciute in terreni contaminati.

Anamnesi patologica remota.

Non possiamo concentrarci solo sul problema per il quale il paziente si è recato da noi, perché potrebbe essere legato ad eventi precedenti.

Bisogna indagare che patologie ha avuto e che interventi ha subito il paziente in passato e che possono aver cambiato la sua anatomia. Ad esempio chi ha subito gastroresezione (rimozione di una parte dello stomaco) o una gastrectomia può avere un transito accelerato. Il cibo in questi pazienti arriva direttamente nell'intestino e può causare la dumping syndrome: gli alimenti irritano l'intestino e vengono subito eliminati con la diarrea.

Se un paziente arriva in ospedale con dolore in fossa iliaca destra devo subito chiedere se è stato operato di appendicectomia. Se arriva con questo dolore una donna in età fertile devo chiederle quando ha avuto l'ultima mestruazione, perché potrebbe essere un dolore legato all'ovulazione. Il dolore all'ovulazione è dovuto alla rottura del follicolo, che rilascia una goccia di sangue nel peritoneo che dà irritazione. Viene detto *Mittelschmerz* (= dolore di mezzo) ed è molto frequente nelle donne. La diagnostica differenziale di questo tipo di dolore può comprendere oltre all'appendicite acuta e al dolore di mezzo, anche il morbo di Crohn, infiammazione pelvica o una gravidanza extrauterina (lo verifico con il dosaggio nel sangue dell'HCG, ma per arrivare a questo sospetto devo fare bene l'anamnesi).

Il sangue è un irritante del peritoneo e quando è massivo può dare dolore riflesso sovra-claveare. Questo perché al midollo spinale arrivano afferenze di vario tipo (dolorifiche, tattili, di calore) che vengono portate al cervello, ma le aree di innervazione non sono ben definite e possono coinvolgere zone distanti in modo aspecifico.

Vanno valutate anche le cicatrici e l'evento che le ha causate.

Anamnesi farmacologica.

Molti pazienti assumono l'aspirinetta, un farmaco che altera la coagulazione in modo da ridurre il rischio trombotico prevenendo, in pazienti a rischio, ictus e infarto. Se il paziente deve subire un intervento è a rischio di emorragia per cui bisogna somministrargli dei coagulanti; un altro sistema per evitare l'emorragia è la temperatura elevata (bisturi elettrico col calore chiude il vaso evitando la perdita di sangue). Il prof racconta di un suo paziente che si è recato in ospedale col braccio tagliato dal passaggio del treno sulle rotaie (calore elevatissimo) e che non perdeva nemmeno una goccia di sangue.

Anche il Coumadin è un farmaco che altera la coagulazione.

Un paziente diabetico per mantenere la glicemia deve assumere insulina, ma durante un intervento la condizione di stress altera la glicemia, per cui è un parametro che devo considerare e monitorare.

Il numero di globuli bianchi nelle condizioni stressanti aumenta, sono indice di reattività dell'organismo. Se sono sotto i livelli di riferimento il paziente è a rischio di infezioni e shock settico.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 9/12/2013 (1)

Lezione di Metodologia Clinica del 9/12/13

Professoressa Pellini
Sbobbinate: Luca Faccioli
Revisore: Elisa Schiavone

L'**anamnesi patologica prossima** è importantissima (*come le altre parti dell'anamnesi, NdR*), ed è preludio all'esame obiettivo del paziente, anche di quello chirurgico.

L'anamnesi patologica prossima è importante perché ad esempio in un paziente con sospetto di appendicite acuta, che aveva riportato dolore in fossa iliaca destra, ci si aspetterebbe al suo esame obiettivo di rilevare di nuovo dolore in fossa iliaca destra; se però il paziente poco prima ha preso ad esempio due pastiglie di Buscopan, l'esame obiettivo del dolore può risultare negativo in quell'area, tanto da farci "accantonare" il sospetto di appendicite; se l'anamnesi non ha evidenziato che il paziente ha assunto il farmaco, lo stesso paziente pochi giorni dopo potrebbe tornare con quadro di grave peritonite.

Era vanto rimasti sull'argomento della diagnostica differenziale del dolore in fossa iliaca destra. Era capitato che anche una ragazza avesse preso il Buscopan per il dolore, rompendo la trasmissione midollare dolorifica nervosa. La paziente non capiva bene il discorso delle mestruazioni in quanto veniva da un paese diverso dall'Italia, lei aveva in realtà un corpo luteo emorragico visto con una laparoscopia diagnostica. Quindi anche questa era andata incontro a un errore di conduzione dell'iter diagnostico.

Altro argomento è quello di aver adottato una sorta di "check list" in medicina. Infatti allo scopo di evitare errori medici, quando arriva un paziente in sala operatoria gli si chiedono sempre una serie di cose: il suo nome, che patologie ha, quale intervento deve fare, se ha preso antibiotici, se è stata fatta la depilazione e tolti gli anelli (questi infatti potrebbero interferire con bisturi elettrici che servono per far fermare il sangue, causando anche scosse nei pazienti per interferenze elettriche col metallo dell'anello). Questo metodo standardizzato dovrebbe essere adottato nei vari campi di diagnostica e anamnesi allo scopo di evitare l'errore. Il colloquio col paziente serve per formulare l'ipotesi diagnostica per non correre il rischio di far fare al paziente esami che per lui non avrebbero senso; invece tutte le nostre scelte dovrebbero presupporre una domanda, la quale dovrebbe spiegare al paziente e a noi il senso degli esami che chiediamo per lui (esami come VES, PCR, imaging eccetera).

(A questo punto il professore sospende la sua parte di lezione, che riprenderà il giorno successivo riprendendo da qui, e cede la parola alla professoressa Pellini che si occupa di un altro argomento, NdR)

Verrà ora affrontato l'argomento della **semiologia del torace**, in particolare quella della **mammella** e della parte esterna del torace, perché la patologia neoplastica mammaria è molto comune ed è prima causa di morte nel sesso femminile.

Inoltre, capita spesso che molti approcci alla patologia mammaria arrivino in ritardo nel sesso femminile, perché le pazienti non sono mai state visitate, ma anche nel sesso maschile, in quanto a volte non si sa che anche il maschio possa essere colpito dalla neoplasia mammaria e quindi si sottovalutano le manifestazioni alla mammella maschile.

La prima cosa che va rispettata è il rapporto con il o la paziente. Vanno considerati prima di tutto **alcuni aspetti anamnestici**, maschio o femmina che sia. Infatti in ogni caso va considerata la **familiarità** col tumore alla mammella. E' importante nel sesso femminile valutare se possono esserci situazioni che possono modificare la patologia mammaria, ossia considerare se una donna ha avuto **gravidanze**, quante ne ha avute, se ha allattato e, se non l'ha fatto, chiederne il motivo. Ancora, è importante sapere se una donna è in età fertile, quando ha avuto l'ultima mestruazione o, in caso contrario, quando è andata in menopausa, e se è stata una menopausa fisiologica o chirurgica.

Poi è importante sapere se la paziente assume **farmaci**, perché certi farmaci sono documentati essere fattori rischio per la neoplasia alla mammella sia maschile sia femminile. Nel maschio i calcio antagonisti, i farmaci di trattamento per l'ipertrofia prostatica o alcuni neurolettici, influenzando l'assetto ormonale, stimolano la proliferazione cellulare della ghiandola maschile stimolando prima un quadro di ginecomastia e in certi casi anche la neoplasia.

Nelle donne, le terapie ormonali come la terapia sostitutiva, o altre terapie ormonali in donne in età fertile possono essere concause o aumentare il rischio di neoplasie in situazioni già a rischio di neoplasia ad esempio a causa della familiarità. Ad esempio, se un ragazzo viene in ambulatorio con un quadro di ginecomastia, gli deve sempre essere chiesto se prende farmaci (insistendo sui farmaci che possano influire sulla patologia mammaria) insistendo anche su farmaci come anabolizzanti che magari il paziente non ci riferisce perché non considera farmaci, e al contrario gli va spiegato che possono modificare la fisiologia o la fisiopatologia del sistema ghiandolare.

Successivamente, per quanto riguarda **l'esame obiettivo** dobbiamo fare molto riferimento a **ispezione e palpazione**. **L'ispezione** è fondamentale per una serie di motivi, prima di tutto perché magari il/la paziente ha pudore nel dirci certe cose, quindi dobbiamo sempre accertarci del suo quadro ispezionando approfonditamente la mammella; è importante il confronto tra quello che dice il paziente e quello che notiamo noi, anche perché non sempre il paziente ci dice tutta la verità per vari motivi, e dobbiamo creare con lei/lui le condizioni ideali perché gli esami obiettivi vadano svolti correttamente.

Poi si guarda se ci sono **cicatrici chirurgiche**. Si guarda se ci sono entrambe le mammelle, se ci sono cicatrici su di esse, se sono state demolite con o senza l'intervento di ricostruzione. Questo perché se si nota una cicatrice e questa c'è per un passato intervento di rimozione di cancro mammario, in quella paziente ci sono più possibilità che si sviluppino nuove neoplasie nella stessa mammella o in quella controlaterale.

E' fondamentale anche notare se ci sono **asimmetrie** che la paziente potrebbe cogliere o meno come normali e fisiologiche, è importante anche indagare se la paziente le ha sempre notate così. Poi va indagata la situazione del complesso areola/capezzolo, vedere se il paziente dice che è sempre stato così e se lo è da poco, una rapida evoluzione sarebbe infatti in entrambi i sessi un segno indicativo di neoplasia in atto.

La prognosi di cancro mammario maschile è sempre peggiore del femminile, sia perché non c'è un programma di screening con mammografia, sia perché a volte lo si ritiene un cancro impossibile nel maschio, e anche perché quando si fa la diagnosi la neoplasia ha già infiltrato piani sottostanti sul muscolo pettorale, perché nel maschio il capezzolo poggia direttamente sulla parete toracica e quindi la neoplasia può essere già inizialmente avanzata.

Sempre per quanto riguarda l'ispezione, si guarda se ci sono **modificazioni di tipo cutaneo** (ad es nevi), se ci sono modificazioni di cute del tipo di retrazioni di cute o areola (sono avvallamenti in cui c'è qualcosa che tira in dentro la cute), o qualcosa di vegetante che va all'esterno. Va notato se è presente rossore, indice di infiammazione con quadro di mastite, di solito con dolore e

calore, e presenti da poco, indici di infiammazione. La mastite può esser dovuta all'allattamento o esser espressione di mastite neoplastica (carcinoma infiammatorio o mastite carcinomatosa), il tumore più aggressivo, che colpisce entrambi i sessi. Ancora, bisogna vedere se ci sono **secrezioni**, che tuttavia non sempre si vedono alla semplice ispezione specialmente se la donna non sta allattando; se si nota all'ispezione allora la secrezione è spontanea, ma al contrario il liquido può esser fatto venir fuori solo tramite palpazione (secrezione indotta). Bisogna anche distinguere se le secrezioni sono mono o bilaterali, e sono sempre da indagare entrambe le mammelle, e una deve essere di confronto rispetto all'altra. Infine, nella stessa mammella la secrezione può essere monoorificiale o pluriorificiale.

Le secrezioni possono essere ematiche, siero-ematiche (queste sono più chiare, di color arancione), oppure giallastre o verdastre (questi ultimi due colori sono di solito espressione di forme cistiche). Al contrario, le secrezioni ematiche o siero-ematiche devono sempre esser approfondite per possibile presenza di proliferazioni endoduttali, che non si notano alla visita ma solo tramite la secrezione. In questo caso accade che uno dei dotti della mammella si dilata per la deposizione di liquido da parte della vegetazione della parete, la quale si chiama papilloma. I papillomi per compressione si ulcerano o danneggiano la parete e fanno uscire il liquido della secrezione all'esterno. In questo caso bisogna prendere un campione del liquido e fare un accertamento citologico dello stesso, vedere se è infetto e poi eventualmente una galattografia, con cui si inietta nel capezzolo un mezzo di contrasto che segue la strada opposta rispetto alla secrezione; dopo qualche minuto quindi si fa una radiografia e in un certo punto il mezzo di contrasto viene bloccato dal papilloma, questa zona deve essere rimossa perché i papillomi in bassa percentuale possono degenerare a carcinomi papillari, quindi vanno rimossi chirurgicamente con un intervento che poi è anche diagnostico. Per raccogliere le secrezioni, che sono anche molto scarse la maggior parte delle volte, si prende un vetrino, e appoggiandolo al capezzolo, con una leggera pressione si prende una goccia di liquido da analizzare (la tecnica si chiama vetrino per apposizione, è indolore). Il secreto che rimane sul vetrino viene poi fissato e colorato e quello dovrebbe essere materiale sufficiente per dirci se ci sono o meno cellule epiteliali.

(Durante la lezione il paragrafo seguente è stato citato per ultimo dalla prof, ma l'ho messo qui perché si riaggancia all'argomento appena trattato, NdR). Per quanto riguarda ancora l'ispezione, va notato se la donna è in gravidanza o no perché le neoplasie benigne o maligne possono insorgere in questo stato.

Con la **palpazione** vanno cercate eventuali masse, magari già viste ispezionando, ma vanno anche cercate bilateralmente; partendo dal centro dell'areola vanno esplorati tutti i quadranti per cercare le masse. Alcune lesioni però, in buona percentuale, NON sono palpabili, sia per la loro caratteristica anatomia patologica o per la loro piccola dimensione; queste sono lesioni visibili solo con un esame mammografico, sono le lesioni che tipicamente si scoprono con lo screening e sono non palpabili, ma possibili sedi di neoplasia iniziale (è questa la funzione dello screening).

Una volta si ha il sospetto clinico, bisogna sempre apprezzare le localizzazioni linfonodali, in particolare i distretti del cavo ascellare, laterocervicale e sovraclaveare bilateralmente, in quanto le neoplasie mammarie possono metastatizzare perlopiù in questi punti omolateralmente e anche dal lato controlaterale; la sede più frequente di metastasi è l'ascella; è prevista sempre un'ecografia ascellare, laterocervicale e sovraclaveare per i pazienti più a rischio.

Ci sono poi neoplasie mammarie che danno segno di sé solo con la localizzazione ai linfonodi. Si può ad esempio notare un linfonodo ingrossato, dolente o no, uguale o cresciuto di dimensioni, e le mammelle possono essere anche radiologicamente completamente negative per neoplasia (sono i carcinomi occulti della mammella che danno segno solo con la metastatizzazione); bisogna sempre escludere che questo linfonodo sia sede di metastasi a partenza dalla mammella. Facendo un ago aspirato si può trovare che il linfonodo è colonizzato da cellule metastatiche mammarie. Questi pazienti van trattati come metastatici e messi in terapia, probabilmente queste neoplasie si comportano così perché sono poco differenziate.

Va quindi pianificato un percorso diagnostico dopo il sospetto clinico o anche dopo lo screening. L'esame senologico completo è costituito da mammografia ed ecografia bilateralmente, seguito da eventuale ago aspirato. Per quanto riguarda l'età da screening, le linee guida prevedevano che lo screening fosse per donne tra 50 e 69 anni perché questa è risultata essere la fascia d'età più a rischio per la neoplasia; attualmente comunque sono più comuni le visite e i ricoveri anche nelle fasce d'età al di fuori di questa per fenomeni di carattere ambientale e perché lo screening ha quasi eliminato la positività in soggetti a rischio in quella fascia d'età (ora si trovano più neoplasie in donne intorno a 40 anni e nelle over 70 che non sono mai state sottoposte a screening). Oggi si parte dai 40 anni a fare l'esame senologico completo e lo si ripete ogni due anni, salvo che per la familiarità o altri fattori di rischio importanti gli esami si ripetano ogni anno. Questo è importante saperlo perché al paziente va detto cosa deve fare, come completamento a una buona anamnesi e all'esame obiettivo.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 10/12/2013 (1)

Lezione di Semeiotica M. e C. del 10/12/2013

Professor Pollini

Sbobbatore: Ekinde Sean

Revisore: Sartori Giulia

QUADRANTI ADDOMINALI E SEGNI CLINICI DI PERITONISMO

Dopo il colloquio con il paziente dobbiamo cercare di carpire dalla Semeiologia gli elementi che possono confermare la nostra ipotesi diagnostica. È chiaro che dobbiamo ricordarci due cose:

1. Nozioni di fisiologia (a cosa servono i nostri organi);
2. Nozioni di anatomia (anche topografica).

Nell'atlante "Sobotta" c'è una tavola specifica in cui il paziente disteso ha una lastra di vetro al posto della cute. Se noi mettessimo uno di noi in queste condizioni avremmo, a livello addominale: il **sottocute** (più o meno spesso a seconda della disponibilità di grasso), poi la **copertura fasciale**, poi il **muscolo**, poi di nuovo un'**altra fascia**, poi una sierosa importantissima che è il **peritoneo**; aperto questo, in quelle varie zone che ora andremo ad identificare vi saranno i diversi organi.

Le grafiche del Reparto servono a riportare tutte le problematiche che il paziente può presentare nell'arco della giornata: dai parametri vitali (pressione, polso, quanto ha urinato, se ha defecato, se ha vomitato, respiro ecc...) alle situazioni di tipo anatomico che possono interessare alle persone che accudiscono questi malati. Se voi veniste in un reparto chirurgico vi accorgete che molto spesso ci sono dei tubicini che escono dalle varie parti del corpo (i drenaggi) che hanno la funzione di portare verso l'esterno qualcosa che è all'interno: liquido, aria (a livello toracico), ecc... questi sono fondamentali per gestire i malati chirurgici. Sulle grafiche c'è una figurina di questo genere (*slide figurina addome*) che rappresenta l'addome in maniera da interderci su dove, come e quando sono successi determinati avvenimenti, perchè la cosa più importante quando si parla tra colleghi è avere un'unità di linguaggio (altrimenti, se voi prendeste referti istologici o radiologici da ospedali diversi spesso sarebbe difficile capirsi).

QUADRANTI ADDOMINALI

(*Ndr* Il professore illustra alcuni punti anatomici indicando la figura stilizzata dell'addome*): arcate sottocostali, spina iliaca anteriore superiore (punto di repere anche per l'orientamento nel sezionare l'addome), capezzoli (dove passa la linea emiclaveare). Allungando la linea emiclaveare verso il basso sezioniamo l'addome in 3 parti; tracciando poi una linea passante sopra al bacino ed una linea all'arcata costale dividiamo l'addome in 9 parti: **epigastrio, mesogastrio, ipogastrio, fosse iliache dx e sx, fianco dx e sx, ipocondrio dx e sx**.

Quindi questo sistema unifica il linguaggio. Ora, prendendo questo sistema e trasferendolo in quel paziente di cui parlavo prima con il vetro al posto della cute riusciamo a capire cosa c'è in ogni quadrante.

- In **epigastrio** avremo: una parte dello stomaco e del colon trasverso; poi sotto il pancreas e sotto ancora l'aorta e la cava, sotto poi la colonna ed i muscoli psoas. Quindi se un paziente accusa dolore all'epigastrio noi pensiamo al colon trasverso, allo stomaco, ecc...
- In **ipogastrio** vediamo: mesentere ed anse intestinali; potremmo trovare il sigma (se fa una voluta un po' particolare), potremmo trovare la vescica (però deve essere piena); nella donna l'utero, nell'uomo la prostata. Un dolore in ipogastrio di solito si associa alla vescica, se poi è accompagnato da disuria (disturbi nella minzione) potrebbe trattarsi di un globo vescicale (blocco che impedisce la minzione: i reni funzionano e continuano a produrre urina, per cui la vescica diventa un pallone). In alternativa, potrebbe esserci un problema al sigma, all'utero o alla prostata. Quindi questa topografia ci aiuta molto nella Semeiologia associando organi ad un certo tipo di sintomatologia del paziente.
- In **ipocondrio destro** troveremo: margine inferiore del fegato con la colecisti, poi sotto la flessura dx del colon, sotto il rene e surrene dx (a meno che non ci sia una ptosi renale ovvero la discesa del rene che solitamente si riscontra nelle persone magre). Bisogna fare anche una considerazione statistica perchè nella stragrande maggioranza dei casi un dolore in questa sede interessa la colecisti. È chiaro che poi bisogna specificare meglio che tipo di dolore è, quando è insorto, ecc... (es. Ieri sera ho fatto una mangiata con i miei amici, una mangiata abbastanza grassa, ho avuto una colica biliare). Si chiama colica perchè l'andamento del dolore è di solito...(*Ndr* frase non terminata*) (*Ndr* dal greco "kolike" che tiene a "kolon", intestino crasso. Affezione morbosa con vivi dolori ai visceri addominali. La colica si concretizza in due fasi: la prima fase, ascendente, in cui il dolore si manifesta in modo acuto, e una seconda fase discendente in cui il dolore si attenua lentamente fino a scomparire*). La colecisti entra in gioco nella digestione e viene stimolata quando il chimo passa dallo stomaco al duodeno: questo passaggio induce la spremitura della colecisti, con richiamo di bile, e il richiamo di succo pancreatico. Bisogna quindi prestare attenzione perchè la colica biliare può avere un'associazione con patologie pancreatiche, sia come fenomeno riflesso che come insorgenza simultanea (pancreatite post-prandiale). Ad esempio può presentarsi un calcolo a livello della papilla di Vater, formatosi in seguito alla contrazione della colecisti dopo un pasto. Ciò diviene grave a causa dell'autodigestione del tessuto pancreatico ad opera dello stesso succo pancreatico. Aprendo il paziente troviamo un magma necrotico caratterizzato da un terribile odore. Il paziente muore per autodigestione. La colica biliare semplice invece non è così terribile.
- In **fossa iliaca sinistra**: colon discendente e sigma, sotto poi nella donna la tuba e l'ovaio di sx, nell'uomo la vena spermatica sx. Varicocele: incapacità del sangue venoso a livello intestinale di tornare verso l'alto a causa dell'incontinenza della vena spermatica (soprattutto a sx). Il testicolo appare come se avesse i vermi intorno, questo è il segno del varicocele. C'è una ripercussione sulle capacità riproduttive perchè, anche se di poco, aumenta il calore a livello testicolare e questo impedisce agli spermatozoi di sopravvivere per cui il paziente può diventare sterile. È uno dei fenomeni che viene preso in causa per l'abbigliamento che viene usato nei nostri giorni dai ragazzi: è chiaro che tutto quello che va a comprimere a livello addominale (jeans stretti, ecc...), fa sì che ci sia un minor ritorno venoso per cui c'è un ristagno e nelle persone predisposte si può verificare un varicocele. Quindi a volte ci può essere questo dolore dettato dalla stimolazione della vena spermatica, ma nella stragrande maggioranza dei casi un dolore in fossa iliaca sx è dovuto ad un problema diverticolare. (Diverticoli = evaginazioni della parete intestinale dovuti all'aumento della pressione

intraluminale per cause legate all'alimentazione o perchè si evita di andare in bagno nonostante lo stimolo). In caso di diverticolosi sono da evitare cibi poco digeribili (o che contengono sementi non digeribili, ad es. pera, kiwi, pomodoro, melanzane, ecc...) che bloccandosi a livello del diverticolo possono fermentare e casuare ulcerazione del diverticolo stesso.

- Nel **mesogastrio**: mesentere e anse intestinali. Un dolore in questo quadrante è di difficile tipizzazione a causa della sovrapposizione delle connessioni del midollo spinale, tant'è vero che molto spesso in un'appendicite acuta il dolore insorge in sede periombelica (mesogastrio). In seguito insorgono nausea, febbre e lentamente il dolore si sposta in fossa iliaca dx. In altri pazienti invece, ci può essere un diverticolo che si localizza a circa 60-70 cm dalla valvola ileo-cecale e può essere la causa di questa sintomatologia dolorosa che non ha nulla a che fare con l'appendicite acuta.

Un tipo di diverticolo curioso lo troviamo a livello cervicale (diverticolo della faringe: **diverticolo di Zenker**): questo può causare il sintomo del rigurgito. La persona mangia e dopo un po' rimette residui di cibo non digerito (che quindi non è arrivato nello stomaco) senza che ci sia volontà o che si presenti il conato di vomito. Questo paziente ha un'altra caratteristica, l'alitosi (avvertibile anche a distanza di alcuni metri). Questo perchè il diverticolo di Zenker contiene cibo che fermentando crea un odore nauseabondo. Un'altra patologia che può generare questo tipo di alitosi è la piorrea che non c'entra nulla col tratto gastrointestinale bensì col problema dentario (di pertinenza del dentista e non del chirurgo toracico).

SEGNI CLINICI DI PERITONISMO

Possiamo noi evocare determinati segni per cercare di carpire quello che il paziente ha in realtà? Sì, attraverso la Semeiologia messa a punto dai nostri avi che non disponevano della nostra tecnologia (ecografia, ecc...) e tuttora utile in mancanza di altri strumenti diagnostici (ad esempio per diagnosticare un "pnx" ovvero pneumotorace). I segni sono tantissimi e ve li andrete a studiare sul libro ma i principali che dovete conoscere sono quelli che configurano un **quadro di peritonismo** (Il peritoneo è molto sensibile ed entra in una condizione quasi di fibrillazione che preannuncia un'evento infiammatorio, ossia la **peritonite**, condizione grave che può portare a morte. Ricordate che i valori ematochimici possono essere mascherati dall'assunzione di farmaci magari nemmeno rivelati in anamnesi per cui l'esame obiettivo è sempre utile). Il segno principale è quello di Blumberg (schiaccio la pancia e mollo subito: se il paziente sente dolore il segno è positivo). Le cause di peritonite comunque sono molteplici, mentre i segni sono sempre i soliti, per cui non risulta possibile capire quale sia la causa che possa aver creato la situazione in esame (diverticolo perforato, appendicite, perforazione gastrica).

Ad esempio, in un periodo di stress (che favorisce lo sviluppo di ulcera gastrica), bevendo qualche birra (che fermenta nello stomaco) potremmo essere colti da un dolore lancinante. In Pronto Soccorso il medico noterebbe il classico addome a barra (ovvero un addome che non si muove durante gli atti respiratori perchè ogni minimo movimento causa un dolore acuto): questo configura un quadro acuto di peritonismo. Il medico vi chiederà dove siete stati e cosa avete bevuto ed in questo caso sospetterà una perforazione gastrica. Se si perfora lo stomaco fuoriesce un po' di liquido e aria (normalmente non presente nel peritoneo) che tenderà a salire. Per questo motivo facendo un RX addome senza mezzo di contrasto noteremo un accumulo d'aria subito sotto il diaframma (l'aria si ferma qui perchè il diaframma è sigillato), ossia vedremo le cosiddette falci aeree sottodiaframmatiche (segnetto nero fatto a falce sotto il diaframma che in realtà appare come un segnetto bianco). Queste falci aeree sono segno che c'è dell'aria libera derivata da una perforazione che può essere a livello gastrico ma anche in altre localizzazioni, come a livello di un diverticolo (anche se quest'ultima situazione è più rara perchè il mesentere solitamente riesce a tamponare le fuoriuscite).

Quindi, nel giro di pochi minuti si riesce a far diagnosi ed il paziente va in sala operatoria dove si effettua una raffia (ovvero chiusura/sutura) dell'ulcera duodenale o gastrica ed il paziente si salva a patto che sia intercorso poco tempo dallo sviluppo di questa patologia al momento in cui vi si pone rimedio, perchè in caso contrario la peritonite progredisce ed i batteri si sviluppano nel peritoneo, per cui si forma del pus e il paziente va incontro allo shock settico e quindi rischia di morire. Col tempo il dolore può attenuarsi ma il paziente diventa "settico" quindi bianco cadaverico, ecc... Oggi purtroppo si stanno sviluppando delle famiglie di batteri che non rispondono agli antibiotici quindi la situazione rischia di essere irrisolvibile.

(Il professore sostiene l'importanza di compilare checklist per evitare errori medici... Ndr)*

Quindi, in conclusione, bisogna avere l'occhio clinico per guardare il paziente, la bocca per chiedere e l'orecchio per ascoltare quello che il paziente dice e quello che non dice. Spiegate sempre al paziente perchè volete fargli un determinato esame, ciò vi farà guadagnare stima e fiducia.

Lezione di Semeiotica M. e C. del 16/12/2013 (1)

Lezione di semeiotica del 16/12/2013

Prof. Lunardi

Sbobbinate: Michela Dalla Valle

Revisore: Alessandro Soave

Il professore inizia la lezione chiedendo quali argomenti sono stati svolti dagli altri professori nelle lezioni precedenti. Affronta come fare un esame obiettivo completo su uno studente, secondo lo schema usato in Medicina B (che è stato caricato tra le slides).

SESSO

ETÀ REALE ED ETÀ APPARENTE

È importante perché ci sono alcune patologie con invecchiamento precoce come problemi ormonali.

Nelle sindromi di Marfan (alterazioni del tessuto sottocutaneo, che riducono la presenza di rughe), di Klinefelter (per minore sviluppo/comparsa dei caratteri sessuali) e di Turner l'età apparente è minore di quella reale. Nel caso di agricoltori o pescatori che sono esposti al sole per molte ore l'età apparente può essere maggiore di quella reale (invecchiamento cutaneo da raggi UV).

STATURA E PESO PER IL CALCOLO DEL BMI

peso (in kg)/statura² (in m) (normopeso tra 18 e 25)

SENSORIO: orientamento s-t, capacità di rispondere a tono alle domande (come si chiama? Dove siamo? Che anno è?). Non l'integrità dei 5 sensi!

Se il sensorio non è integro potrebbe essere: confuso, disorientato, soporoso, obnubilato, risvegliabile/non risvegliabile, comatoso. Diversi gradi di coma: vigile, profondo. Si distinguono in base alla Glasgow Coma Scale (da sapere).

DECUBITO: indifferente, obbligato, preferenziale

Si fa alzare il paziente e si osserva come si muove.

Nelle meningiti (decubito obbligato), ad esempio, il pz tende ad assumere la posizione a cane di fucile. Nel versamento pericardico (decubito obbligato), invece, la posizione è con le cosce flesse. Nella pleurite (decubito preferenziale) secca il decubito è dalla parte opposta (pleurite a sx, decubito a dx) per evitare il dolore dello sfregamento; nella pleurite con versamento il decubito è dallo stesso lato per permettere al polmone controlaterale di espandersi meglio.

DISPNEA

Si valutano i numeri di atti respiratori al minuto, utilizzo dei muscoli accessori, cianosi (>5 g/dL di Hb deossigenata) o subcianosi (3-5 g/dL di Hb deossigenata), un eventuale decubito preferenziale ortopnoico o almeno a 45° per poter respirare meglio. Se invece il paziente è dispnoico perché ha un attacco asmatico acuto oppure una BPCO riacutizzata starà seduto o in piedi.

Cause di dispnea

-Polmonari: polmonite, fibrosi polmonare, BPCO, pleurite, pneumotorace

-Cardiologiche: scompenso cardiaco, embolia polmonare

-Neurologiche: stato di respiro sospirato, SLA, miastenia gravis, sindrome di Guillan-Barrè, botulismo,

-Muscoloscheletriche: dermatopolimiosite (con importante disfia e interessamento dei muscoli respiratori).

-Anemie

La dispnea è definita come la sensazione soggettiva di fare fatica a respirare; è un sintomo che si presenta con dei segni ovvero polipnea, tachipnea, uso dei muscoli accessori, allargamento delle pinne nasali.

CUTE

Colore: rosea, pallida (anemia, emorragia), itterica (bilirubina>3,5), (sub)cianotica (si vede dalle labbra e dalle estremità), bronzina (morbo di Addison)

Se avesse 2 di bilirubina indiretta il paziente potrebbe avere il morbo di Gilbert e diventare itterico in circostanze particolari (digiuno prolungato).

Lesioni ipopigmentate : vitiligine, pitiriasi versicolor

Sudorazione: normoidrosi, iperidrosi, sudorazione diminuita

Per valutare, si chiede al pz se ha sudorazione notturna o alterata tipica di malattie ematologiche, abbassamento della febbre, agitazione.

Elasticità cutanea (si prova all'avambraccio): conservata, diminuita (nell'anziano, nella sclerodermia)

Temperatura: normale al termotatto

Annessi cutanei (vanno valutati peli, ghiandole sebacee, ghiandole sudoripare e unghie) : normodistribuiti per sesso e per età.

Perdita degli annessi nella sclerodermia (fasi avanzate), perdita dei follicoli piliferi (con alopecia) in malattie autoimmuni o ormonali. Ipertricosi nel morbo di Cushing. Perdita di capelli e sopracciglia (terzo esterno) nell'ipo- e ipertiroidismo. Ippocratismo digitale (legato all'insufficienza respiratoria) in BPCO, fibrosi cistica o tumore polmonare.

MUSCOLATURA: Ipo-, iper- o normotrofica / ipo-, iper- o normotonica

Si può valutare facendo un braccio di ferro, o facendo alzare le ginocchia e opponendo una resistenza.

I muscoli possono essere ipotonici e ipotrofici in seguito ad una frattura.

LINFONODI

-SUPERFICIALI DEL CAPO-COLLO: sottomentonieri, sottomandibolari, preauricolari, retroauricolari, occipitali, laterocervicali anteriori (davanti al muscolo sternocleidomastoideo), laterocervicali posteriori, sovraclaveari.

Nel contesto del capo-collo, si fa la palpazione della tiroide. Si cercano le cartilagini tiroidee e cricoide: la tiroide si dovrebbe palpare lateralmente alla cricoide, dove dovrebbero esserci i lobi. Bisogna chiedere al pz di deglutire per poter sentire i lobi muoversi.

-ASCELLARI

- EPITROCLEARI
- INGUINALI
- POPLITEI

Generalmente, non sono palpabili linfonodi nelle comuni stazioni di reperi. Se invece sono palpabili, si devono descrivere: dimensione, consistenza, mobilità rispetto ai piani superficiali e profondi, forma, dolenzia e dolorabilità, superficie, cute sovrastante.

Micropoliadenia diffusa: quando si sentono molti piccoli linfonodi diffusi per i quali non si pensa che ci siano problemi seri.

Linfoadenomegalia: dimensione del linfonodo oltre 1cm, può essere dovuta a problemi più gravi. Le dimensioni sono indicative, vanno poi approfondite con altre indagini che confermino quello che è stato rilevato all'esame obiettivo.

SCHELETRO: Simmetrico, apparentemente indenne, (ci possono essere alterazioni che non si vedono=.

CAPO: mesomorfo.

Nel caso di alterazioni può essere idrocefalo (soprattutto nei bambini), macro- o microcefalo, turricéfalo.

BULBI OCULARI: normosporti, in asse

Ci può essere esoftalmo bilaterale (ipertiroidismo) oppure monolaterale (trauma o presenza di una massa retroculare). Se non fossero in asse di potrebbe avere uno strabismo, un'emiparesi.

PUPILLE: isocoriche (stessa dimensione) e isocicliche (stessa forma), normoreagenti alla luce e all'accomodazione.

Si potrebbe avere forma ovalare, ellittica, a trifoglio.

Problemi a livello centrale causano alterazioni con miosi senza miosi consensuale nell'occhio controlaterale (tabe dorsale) oppure adattamento alla luce che avviene lentamente (pupilla tonica di Adie).

Ci può essere pupilla midriatica/miotica stabile in caso di intossicazione da tossici esogeni.

NASO: simmetrico, dritto, normosporto

BOCCA: simmetria della rima orale, macro- o microstomia, microchelia.

Se la rima orale è deviata c'è paralisi del nervo facciale a livello periferico.

TONSILLE: intraveliche (se non si vedono perché sono nascoste dal velo del palato), tumefatte, voluminose, ricoperte da pus o eritematose.

LINGUA: dritta o deviata, patina normale, normoidratata, colorito.

Alterazioni nella candidosi, mughetto, deficit di vitamina b12 (arrossata e disepitelizzata).

DENTI: normali, sostituiti da protesi, edentulia

COLLO: cilindrico.

Nel contesto del collo, si palpano:

-Linfonodi

-Tiroide: palpabile/non palpabile, presenza di noduli, consistenza soffice, parenchimatosa;

-Fascio neurovascolare: presenza di soffi, aneurismi, turgore

-Edemi: Presenza di edema a mantellina nel caso di ostruzione della vena cava superiore che interessa il viso il collo le spalle e la parte superiore del torace; spesso l'ostruzione è dovuta a infiltrazione neoplastica.

FACIES

-composita

-sclerodermica: microstomia, microchelia, appiattimento delle rughe

-parkinsoniana: amimica, inespressiva

-ipotiroidica: mixedematosa (deposizione di mucopolisaccaridi nell'interstizio con richiamo di liquidi), inespressiva, sonnolente, palpebre abbassate, bradipsichismo

-basedowiana: occhi sbarrati

-ipertiroidica

-adenoidica: base del naso allargata, soggetto che respira a bocca aperta; una volta si diceva che fosse una faccia associata a scarsa intelligenza, perché in effetti la difficoltà respiratoria era associata a bradipsichismo

-leonina (morbo di Cushing): simile alla facies acromegalica

-lunaris

-acromegalica (da eccesso di GH): arcate sopracciliari, zigomi e mento sporgenti

-mitralica: subcianosi, eritema, ali del naso dilatate

-peritonitica: affilata, sofferente, con aspetto terreo

-alcolica: caratteristica del neonato nato da madre che ha assunto alcol durante la gravidanza

Lezione di Semeiotica del 17/12/2013

Prof. Lunardi

Sbobinatore: Alessandro Civettini [*NotaDellAdmin: la sbobina è stata consegnata al revisore con un ritardo di circa 2-3 settimane*]

Revisore: Verena Zerbato

La lezione prosegue con la descrizione dell'esame obiettivo. La lezione consiste in una serie di domande che il prof. Lunardi rivolge agli studenti. Le risposte degli studenti sono riportate così come sono state pronunciate, previa correzione di errori lessicali e sintattici.

Prof: "Faccia la descrizione di questo **torace**. Come le sembra?"

Studente: "Sembra simmetrico e a forma conica..."

Prof: "Qualcuno ieri aveva parlato del collo..."

Stud: "Sì, il collo è cilindrico"

Prof: "Forse lei aveva parlato di un tronco conico. Cos'altro potrebbe vedere?"

Stud: "Intanto la simmetria, se per esempio una spalla è più alta dell'altra... no in questo caso dovrei vederlo da dietro, dalla schiena. Poi all'ispezione guardo la cute, se sono presenti..."

Prof: "il **rachide**?"

Stud: "sì il rachide appare normale, la cifosi cervicale..."

Prof: "E lateralmente?"

Stud: "Sì il petto... poi guardo gli annessi cutanei, la distribuzione della peluria. Il petto sembra normale"

Stud 2: "Il petto può essere carenato, a botte..."

Prof: "Le sembra un torace a botte?"

Stud 2: "No, avrebbe un diametro maggiore. Questo è a forma tronco-conica, simmetrico, non scoliosi, non cifosi"

Prof: "Qual è la differenza tra tachipnea e polipnea?"

Stud: "La **tachipnea** è un aumento della frequenza degli atti respiratori, mentre la **polipnea** è un aumento del numero degli atti respiratori"

Stud 2: "La tachipnea è un aumento della velocità del respiro, la polipnea un aumento della profondità"

Prof: "Ne abbiamo parlato ieri quando abbiamo fatto la dispnea, riguardo le cause della dispnea. Per quanto riguarda il **fremito vocale tattile**. Come fate a valutarlo?"

Stud: "Il paziente si siede..."

Interviene una studentessa: "Bisognerebbe anche valutare se il paziente usa i muscoli accessori della respirazione."

Prof: "Questo l'abbiamo detto ieri, quando si è parlato dei segni e sintomi della dispnea, qualcuno aveva chiesto il sintomo principale"

Stud: "Questo rientra quindi nell'ispezione del torace o è precedente ad essa?"

Prof: "Precedente. Infatti ieri quando abbiamo fatto la prima parte dell'esame obiettivo c'erano anche il sensorio, il decubito e la dispnea. Ok, allora fremito vocale tattile."

Stud: "Allora si mette il palmo della mano simmetricamente su entrambi i lati del torace e si vede se c'è una differenza di sensibilità a livello cutaneo, poi si chiede al paziente di ripetere il numero "33" e si vede se c'è una differenza nella vibrazione a livello cutaneo"

Lo studente esegue la valutazione del fremito vocale tattile di un altro studente.

Prof: "In questo caso com'era il fremito vocale tattile?"

Stud: "Normotrasmeso bilateralmente su tutto l'ambito polmonare"

Prof: "Allora, ci possono essere delle alterazioni del fremito vocale tattile?"

Stud: "Certo. Mi sembra che possa essere diminuito quando c'è un versamento"

Prof: "E se c'è un pneumotorace?"

Stud: "E' abolito"

Prof: "Giusto. E nella pleurite? O versamento pleurico?"

Stud: "Diminuito"

Prof: "Giusto. Nel caso di atelettasia o addensamento lei ha detto che è?"

Stud: "Dipende se è il bronco è pervio oppure no"

Prof: "No, se è un addensamento polmonare a bronco pervio è aumentato, sennò se il bronco è chiuso, in un atelettasia da tumore bronchiale che ostruisce il bronco è diminuito. Se invece fosse una broncopolmonite a bronco pervio è aumentato. Le vengono in mente altre situazioni? Nell'empiema com'è?"

Stud: "Aumentato"

Prof: "Perchè è aumentato nell'empiema? (nell'empiema è diminuito o abolito NDR). E per delimitare la base polmonare quindi come fa? Poniamo che lei abbia delimitato la base, è arrivato qua (indica un punto sul torace NDR), cioè qui non c'è più il fremito vocale tattile, e quindi quella base a che livello è?"

Stud: "Di solito la base si trova a T9 - T10. Si individua il numero di vertebre al cui livello finiscono le basi partendo dalla C7, contando una ad una le vertebre, finchè arriviamo a dove abbiamo delimitato la base polmonare. In alcuni soggetti, magri, si possono facilmente contare le vertebre, mentre in altri, obesi, è difficile perchè lo strato adiposo è più spesso."

Prof: "Esistono linee di repere del torace posteriore?"

Stud: "Naturalmente i processi spinosi delle vertebre, poi abbiamo la linea che passa sull'angolo scapolare, e poi l'ascellare posteriore"

Poi domanda di uno studente riguardo la fibrosi polmonare e il FVT

Prof: "Nella fibrosi polmonare il FVT è aumentato. Passiamo ora alla **Percussione del torace**"

Una studentessa illustra il metodo di percussione (dito a plessimetro ecc...)

Prof: "Se le dicessi di partire delimitando le bretelle del Konig?"

Stud: "Corrispondono alle proiezioni apicali degli apici polmonari. Sono poste anteriormente al muscolo trapezio. Avvicinandosi al collo prima si sente un rumore ottuso, poi un rumore plessico polmonare e poi ancora si sente un rumore ottuso, e vuol dire che non sto più percuotendo il polmone ma altri tessuti.

Per delimitare le basi devo partire ovviamente dalla cima e andare in giù. Bisogna percuotere a livello della linea paravertebrale circa 2 cm a lato dei processi spinosi, in maniera simmetrica (importante all'esame, raccomanda il prof).

Lo studente esegue la percussione su un altro studente.

Stud: "Quando sento che il suono è ottuso, devo cercare il punto in cui il suono da chiaro polmonare passa ad ottuso. Lì dovrebbe essere la base polmonare. Per vedere se le basi sono mobili chiedo al paziente di fare un inspirio e mentre lo fa continuo a percuotere cercando il punto in cui avviene il cambiamento del suono per individuare dove si trova la base in inspirio"

Prof: "Quindi le basi sono mobili e delimitabili a che livello?"

Stud: "A livello di T6 - T7"

Prof: "All'esame dovrete delimitare se le basi sono mobili oppure l'escursione delle basi. Questa appena fatta è la valutazione della mobilità delle basi, la valutazione dell'escursione delle basi è una cosa diversa"

Stud: "Per delimitare le basi è corretto percuotere durante l'inspirio e l'espriro o è meglio iniziare a percuotere prima dell'inspirio, fermarsi quando sentiamo un rumore ottuso, al momento dell'inspirio completo, e poi farlo ulteriormente a fine espirazione?"

Prof: "Diciamo che a farlo di continuo si apprezza meglio la differenza. All'esame è corretto continuare.

Domanda di uno studente: "Volevo chiedere una cosa riguardo l'espansibilità del torace. Volevo chiedere se quando prendo da dietro il paziente devo delimitare la cute con i pollici, oppure se devo opporre una resistenza e dopo..."

Prof: "L'importante è appoggiare i pollici vicino alla paravertebrale e vedere che durante l'espansione si allontanano i pollici. Però non è sufficiente questo, c'è anche la parte sopra che va valutata sia posteriormente che anteriormente. L'aumento agli apici non è come alle basi, è minimo"

Stud: "Per valutare l'espansività del polmone di destra con questa manovra posso farlo anche anteriormente?"

Prof: "Si potrebbe farlo anche anteriormente, ma di solito non si fa, anteriormente si valuta soprattutto dal punto di vista auscultatorio. Quali sono le **alterazioni del suono plessico chiaro polmonare**?"

Stud: "Sono: suono ottuso in casi di presenza di masse oppure suono timpanico in caso di alterazioni del parenchima"

Prof: "Poi: Iperfonetico in caso di enfisema e di pneumotorace (potrebbe essere anche timpanico nel pneumotorace); oppure ancora si ha un suono ottuso in caso di versamento pleurico, nel caso di una base sollevata rispetto all'altra e nel caso di relaxatio diaframmatica"

Passiamo all'**auscultazione**.

Stud: "L'importante è cercare di auscultare tutti i campi polmonari. Nello specifico il lobo medio del polmone destro si ausculta anteriormente. La auscultazione si fa partendo dalla paravertebrale, sempre bilateralmente per sentire le differenze tra uno e l'altro polmone. Poi si scende lateralmente alla scapola, lungo il margine mediale della scapola, si scende sempre bilateralmente fino ad arrivare alla ascellare posteriore. Se è normale il rumore si dice: Murmure Vescicolare (MV) normotrasmeso su tutto il campo polmonare e non rumori patologici aggiunti"

Prof: "Perché il murmure vescicolare può essere aspro?"

Stud: "Si può avere in caso di broncospasmo, magari una costrizione di un bronco che fa sì che vari il passaggio dell'aria e può dare dei rumori aspri"

Stud 2: "Il murmure vescicolare è dovuto al passaggio dell'aria negli alveoli, quindi se è aspro la problematica sarà a livello degli alveoli, più che a livello dei bronchi"

Prof: "Un murmure vescicolare aspro è quello per esempio di un fumatore, oppure quello che si ha in una bronchite, quindi quando c'è una flogosi bronchiale. Infatti quando si visita una persona, quando si sente un MV aspro si chiede se fuma, se non è stato già chiesto durante l'anamnesi"

Prof: "Come si chiamano i **rumori patologici** che si riscontrano nell'asma?"

Stud: "Ronchi, che sono rumori secchi..."

Stud 2: "Sempre per l'asma mi aspetto i ronchi prevalentemente in inspirio, mi aspetto che l'espriro sia prolungato perché, in particolare se è cronico avremo che gli alveoli sono sempre dilatati e che l'aria a livello dei bronchi faccia fatica a defluire"

Prof: "Ma di rumori secchi solo i ronchi ci sono?"

Stud: "No, anche i sibili nel momento in cui abbiamo un bronco ristretto..."

Prof: "Qualcuno ha qualche idea dei rumori secchi? Allora i rumori secchi, come anche gli umidi, hanno un diverso nome a seconda del calibro del bronco. Ci sono i ronchi, i gemiti....Se invece lei avesse dei rumori umidi? Cosa penserebbe?"

Stud: "Penso ad uno scompenso cardiaco, all'edema polmonare. Si sentono soprattutto alle basi di solito."

Prof: "Si sentono in inspirio?"

Stud: "Sì, nel momento in cui entra l'aria"

Prof: "Perché? Da cosa sono generati?"

Stud: "Dallo sfregamento della parete degli alveoli"

Prof: "E come si chiamano questi rumori?"

Stud: "Crepitii e Rantoli"

Prof: "Allora i crepitii possono essere monolaterali o bilaterali, dipende dalla causa, sono in inspirio e sono dovuti al distacco degli alveoli collabiti. Invece i rantoli a grosse, medie e piccole bolle sono generati dai bronchi di grosso, medio e piccolo calibro, sono prevalentemente inspiratori ma possono essere anche espiratori. Esempi che vi ho fatto di crepitii bilaterali: scompenso cardiaco ed edema polmonare; di crepitii monolaterali: polmonite. Una causa più banale di crepitii bilaterali è l'allettamento. Si hanno quindi crepitii da stasi, molto frequenti in Geriatria. Nella BPCO c'è invece un "concerto", nel senso che ci sono sia rumori secchi che umidi. La fibrosi polmonare, infine, dà dei crepitii molto particolari, tipo velcro. Possono esserci anche degli sfregamenti pleurici. Quando sono presenti?"

Stud: "Quando c'è una pleurite in corso oppure c'è stata una progressa pleurite, i foglietti sono stati infiammati e sono andati incontro a fibrosi"

Prof: "*Quindi pleurite secca. Allora i crepitii nell'anziano possono esserci per diversi motivi: uno è l'allettamento perché durante la fase di allettamento l'espansione polmonare è ridotta e perché in genere l'anziano ha una tosse poco efficace. Per cui una delle prime regole che vanno imparate in Geriatria è quella di tenere, prima possibile, il paziente seduto, mobilitarlo, fargli fare la ginnastica respiratoria, precauzioni che servono per diminuire il ristagno di liquidi e secrezioni che poi diventano un ottimo terreno di coltura per crescita batteriche.*

Stud: "Volevo chiedere se può mostrarci come fare l'auscultazione del torace sia sul dorso che sulla parete anteriore del torace"

Prof: "*E' molto banale, nel senso che dev'essere appunto simmetrica, si parte sempre dagli apici, quindi dalla parte inferiore del muscolo trapezio e a destra si arriva anteriormente fino all'emiclaveare.*

Passiamo all'esame obiettivo del cuore.

Stud: "Per quanto riguarda l'aia cardiaca hanno spiegato di partire, per quanto riguarda la palpazione, dall'itto della punta"

Prof: "*Lei è già alla palpazione?*"

Stud: "Prima si farebbe la ispezione del torace che abbiamo già fatto in precedenza, quindi la forma ecc.."

Prof: "*Allora, se io all'esame vi chiedo l'esame obiettivo del cuore*"

Stud: "Si parte dall'ispezione del torace"

Prof: "*Prima ancora?*"

Stud: "Si valutano anche i polsi e si misura la pressione arteriosa"

Prof: "*Certo: Il polso radiale, la pressione, dopodiché l'ispezione*"

Lo studente esegue l'esame obiettivo su un altro studente.

Stud: "Per quanto riguarda l'ispezione del torace la forma del torace è tronco-conica, e comunque lui utilizza una respirazione normale, utilizza tutti i muscoli addominali e non ci sono cicatrici visibili; per esempio a me è capitato con alcuni pazienti che avessero avuto interventi cardiaci quindi mostravano una cicatrice, ma lui non ne ha e si valuta la simmetria"

Prof: "*Se ci fosse una bozza precordiale cosa penserebbe?*"

Stud: "Non saprei"

Prof: "*La bozza precordiale è quella che si ha soprattutto nei bambini quando c'è una malformazione cardiaca oppure nel rachitismo, oppure ci potrebbe essere una bozza legata ad un'orchite con delle coste e con deformazione della parete toracica. E ancora all'ispezione che cosa guardi?*"

Stud: "La pulsazione, comunque si osserva in corrispondenza dell'itto della punta, nei soggetti magri. Poi si passa alla palpazione, si va a ricercare l'itto della punta che corrisponde al focolaio della valvola mitralica, ed è sull'emiclaveare, a livello del quinto spazio intercostale. Visto che lui è magro e non è di sesso femminile lo si ritroverà più o meno sotto al capezzolo. Per trovarlo si vanno a contare gli spazi intercostali, e per farlo si va a cercare l'angolo di Louis che corrisponde alla seconda costa"

Prof: "*Ha trovato con la palpazione l'itto della punta, ma se vuole vedere se ci sono fremiti o difetti valvolari come fa?*"

Stud: "Faccio la palpazione sempre con il palmo della mano su tutti i focolai"

Prof: "*Quindi nel suo esame obiettivo cosa scriverà? Ispezione: non bozze precordiali, itto visibile o non visibile, alla palpazione?*"

Stud: "Itto palpabile appunto a livello del quinto spazio intercostale e non fremiti e difetti valvolari"

Prof: "*Quindi i fremiti quali sono? Corrispondono ai soffi mentre gli urti corrispondono ai rinforzi del tono. Allora, se dovessimo fare la delimitazione dell'aia cardiaca tramite la percussione*"

Stud: "E' necessario percuotere a raggiera a partire dalla fossetta..(incomprensibile, ndr)"

Prof: "*Siete tutti d'accordo che si fa così? Come vi hanno insegnato in reparto?*"

Stud 2: "Si parte dalla fossetta del Morenheim, delimitata dal deltoide, dal grande pettorale e dalla clavicola."

Prof: "*Ma è giusto partire da lì? Se io vi chiedessi di fare la delimitazione dell'aia cardiaca*"

Stud 2: "Solitamente mi hanno insegnato di partire delimitando l'angolo epato-cardiaco"

Prof: "*Ok, si delimita l'angolo epato-cardiaco*"

Stud: "Nel soggetto normale mi aspetto che questo sia di circa novanta gradi e ovviamente nel caso di una cardiomegalia anche importante mi aspetto che il cuore si sposti nella parte destra del torace e avrò che l'angolo diventa ottuso. Per quanto riguarda la percussione, la faccio lungo le linee..."

Prof: "*Che linee? Chi le ricorda? Si parte dal centro di solito*"

Stud: "La mediasternale, la margino-costale, la parasternale, poi la mammillare, che passa per il capezzolo, poi la sternocostale e l'ascellare anteriore, l'ascellare media e la posteriore"

Prof: "*(la percussione NDR) la fate soltanto sull'emiclaveare*"

Poi lo studente esegue la percussione.

Prof.: "*Allora se dovessimo delimitare l'aia cardiaca come faremmo?*"

Stud: "C'è quella di ottusità assoluta e relativa. Quella assoluta è quella nella lingua e quella relativa è l'aia che ha la proiezione sul torace. Dobbiamo immaginare il cuore che ha una forma trapezoide. Partiamo da questo punto e per delimitare questo margine dobbiamo essere paralleli. Si parte da questo punto che ha un nome che non mi ricordo e si va a percuotere a raggiera e quindi sentiamo due suoni diversi. Possiamo dire in questo caso (studente ha delimitato l'aia cardiaca di un compagno) che non ci sono spostamenti cardiaci, che invece si potrebbero avere per esempio da un esteso pneumotorace che sposta l'asse cardiaco oppure in caso di ipertrofie o versamento pericardico"

Prof: "*Quindi in questo caso si dice: Aia Cardiaca nei limiti alla percussione*"

Passiamo all'auscultazione del cuore.

Stud: "Ci sono 4 focolai di auscultazione, più uno. Due si individuano a livello del secondo spazio intercostale sulla linea parasternale. A destra abbiamo il focolaio per la valvola aortica. Dall'altra parte, a sinistra, simmetricamente abbiamo quello per la valvola polmonare. Poi abbiamo i focolai delle atrioventricolari, la mitrale e la tricuspide, quest'ultima che alcuni descrivono

sull'emitore destro altri sul sinistro, nel senso sempre sulla margino sternale, alcuni sulla margino-sternale destra, altri sulla margino-sternale sinistra, mentre lo spazio è quello della mitrale quindi il quarto intercostale"

Prof: "Tutti d'accordo? Sul mitralico è il quinto spazio, la tricuspide?"

Stud: "Un po' più in alto forse?"

Prof: "Non esistono in alto e in basso, esistono dei punti di repere, studiamo le linee, gli spazi, ecc.."

Stud: "Tra il quarto e il quinto..."

Prof: "Sulla costa scusi? No, è il quarto spazio sulla margino-sternale destra o sinistra. E il punto di Erb?"

Stud: "Terzo spazio intercostale, tra la margino-sternale e l'emilaveare sinistra, ma non si sente..."

Prof: "Cosa?"

Stud: "Cioè, si dovrebbe sentire meglio..."

Prof: "Il focolaio di Erb serve per sentire il mesocardio e si va a sentire se ci sono dei soffi dovuti a dei difetti del setto.

Per quanto riguarda l'ordine con cui si effettua l'auscultazione non c'è una regola ben definita, comunque generalmente il primo è il focolaio mitralico, poi c'è chi suggerisce di andare al focolaio aortico, polmonare e tricuspide, c'è chi lo fa invece in senso orario o antiorario. Diciamo che comunque, di solito, è il mitralico o l'aortico come prima auscultazione. Allora se ci fosse un soffio di eiezione di 2/6 o 3/6 sul focolaio dell'aortica cosa penserebbe?"

Stud: "Stenosi aortica"

Prof: "Tutti d'accordo? Sì è giusto. Prima abbiamo dimenticato qualcosa. Se ci fosse un versamento pleurico e lei va a fare la percussione e fosse trasudato come pensa lo sentirebbe?"

Stud: "Se fosse trasudato andrebbe secondo gravità e quindi io avrei una linea orizzontale, se fosse essudato si andrebbe per capillarità e quindi avrei una linea che sarebbe così (mostra NDR)"

Segue audio incrompibile per due minuti.

Prof: "Ok adesso non sto qui a spiegarvelo comunque dovete saperlo ovviamente, il triangolo di Garland e Grocco che sono delimitati dalla linea di Domoiseau-Ellis"

Domanda Stud: "Nella valutazione dell'esame obiettivo del cuore dobbiamo sentire anche rispetto anche i polsi periferici?"

Prof: "Deve sentire i polsi periferici, per diversi motivi. Prima di tutto perché ci può essere un'aritmia e quindi il polso centrale può avere una frequenza diversa di quello periferico e poi per valutare le caratteristiche del polso radiale, che abbiamo fatto a lezione (filiforme, celere, pieno e così via)"

Passiamo ora ai segni meningei.

Stud: "Innanzitutto si possono fare anche con il paziente seduto. Ci sono i segni di Kernig, di Brudzinski"

Stud 2: "Nel segno di Kernig si fa flettere la gamba sul bacino con il ginocchio disteso e il segno è positivo se il paziente sente dolore e comunque non tende a flettere il bacino sulla gamba.

Prof: "E' giusto?"

Stud 3: "Tende a flettere la gamba sulla coscia se è positivo, però per le sciatalgie si valuta l'angolo dove si forma dolore."

Prof: "Esatto. Quindi si fa il segno con una mano a livello del tallone, l'altra sul ginocchio, se il problema è di sciatalgia si valuta l'angolo in cui comincia a comparire dolore, se invece fosse un problema meningeo comincia a piegarsi il ginocchio.

Passiamo all'esame obiettivo dell'addome.

Prof: "Quali sono le linee di repere dell'addome?"

Stud: "La sottocostale, che collega i margini inferiori delle arcate costali..."

Prof: "Le ripetiamo insieme: la xifo-ombelicale o xifo-pubica, che con l'ombelicale trasversa suddivide l'addome in 4 quadranti. Dopodiché abbiamo la suddivisione classica dell'addome in 9 quadranti, quindi abbiamo la trans-pilorica, che passa grosso modo al margine inferiore di L1, poi la bisiliaca, che unisce le due spine iliache anteriori superiori, e il prolungamento della emilaveare, che si chiama linea paracentrale. Importante è la bisettrice dell'angolo retto formato dalla xifo-ombelicale con l'ombelicale trasversa che incontra l'arcata costale sulla decima costa, e individua il punto cistico. Dopodiché sulla linea che unisce l'ombelico alla spina iliaca anteriore superiore ci sono i punti appendicolari, il più importante di tutti è il Mc Burney, il terzo medio, ma ce ne sono altri come il Lanz, il Morris. Su uno di questi (Mc Burney) come sapete si trova sulla bisiliaca tra il terzo medio e il terzo esterno, sul quale si fa la manovra di Blumberg"

Stud: "Ma Blumberg si può fare su tutto l'addome?"

Prof: "Certamente, però lei immagini di avere un'appendicite acuta, che non è ancora evoluta in peritonite, quindi lei fa in quel punto la manovra di Blumberg, poi lascia andare e dà un dolore molto importante"

Stud: "Quindi non si va a valutare il Blumberg su tutti i quadranti?"

Prof: "No. La palpazione deve essere dapprima leggera e poi più pesante, per vedere se ci sono punti dolenti. Da tenere presente sono i due angoli formati dalla bisettrice dell'angolo retto, di cui abbiamo parlato prima, che sono il coledocico-pancreatico e il pancreatico-duodenale. Che servono per valutare il duodeno. Tralascio ora tutta la parte che riguarda l'ascite, la palpazione del fegato, perché immagino che già la sappiate. Si parte comunque dalla fossa iliaca sempre con il vostro lato ulnare delle dita e si risale fino a quando se non si sente il margine inferiore del fegato, si fa inspirare a fondo e si vede se il fegato è palpabile, e in quel caso si valuta il margine se è liscio oppure irregolare se è arrotondato o tagliente; si valuta poi la consistenza, se è edematosa, fibroelastica, ecc"

Stud: "Ma è meglio con la mano a coppa, per il fegato?"

Prof: "Generalmente io preferisco questo modo, quindi con la mano a coppa, comunque va bene anche l'altro modo"

Stud: "Ha senso anche fare la manovra dello striscio per il margine inferiore del fegato?"

Prof: "Allora, la manovra dello striscio ha senso se non si è sicuri di quello che si sente, quando si palpa. Allora in questo caso se si ha un dubbio sulla palpazione del fegato si fanno altre due manovre. Una è la percussione, l'altro modo è appunto quello di strisciare sull'addome e si sente un cambiamento di suono all'auscultazione quando finisce il fegato. Si mette il fonendo in diverse posizioni e si striscia.

Stud: "Quindi si tocca con la campana?"

Prof: Sì, si tocca in questo modo e si sente se cambia il suono.

L'ultima cosa che volevo farvi perché è sempre un punto un po' critico all'esame, è la **percuSSIONE del polo superiore della milza**. Allora per quanto riguarda il polo inferiore della milza grosso modo la palpazione è come quella del margine inferiore del fegato. Il modo più semplice per fare la percussione del polo superiore della milza si procede percuotendo dalla linea mammillare verso l'ascellare media seguendo gli spazi intercostali e generalmente l'aia di ottusità splenica sarà trovata a livello del nono spazio intercostale sull'ascellare media di sinistra.

Non abbiamo fatto alcune cose dell'esame neurologico che avevamo fatto a lezione.

Quindi ricordate: forma addome (piatta, globosa ecc.), cicatrice ombelicale (introflessa o estroflessa o può esserci un'ernia ombelicale), presenza di cicatrici chirurgiche, valutazione della rete venosa superficiale, possono esserci circoli collaterali per un problema epatico, versamenti (presenti o assenti), masse (presenti o assenti), peristalsi, segno di Murphy (positivo o negativo), palpazione fegato e milza.

Per chi di voi farà l'esame con la prof. De Franceschi: guardatevi bene la colonna vertebrale, perché qualcuno è stato mandato via sul riconoscimento di scogliosi, cifosi, lordosi ecc.. quindi sappiate che per valutare si mettono le due dita ai lati della colonna vertebrale e si segna in questo modo per vedere se ci sono problemi di scogliosi sinistra o destra"

Come funziona l'esame: prima c'è la parte di laboratorio e poi quella di semeiotica. L'una e l'altra parte sono valide per due sessioni consecutive, se non si decide di farle entrambe nella stessa sessione, almeno ufficialmente. Quindi se voi superate l'esame di semeiotica a gennaio, e non fate laboratorio, l'esame è valido anche per il secondo appello di febbraio e per quello estivo. Come vi dicevo il punteggio finale è dato per il 60% dal voto di semeiotica e per il 40% dal voto di laboratorio. L'esame consiste nella raccolta dell'anamnesi, pressoché sempre l'anamnesi patologica prossima, e poi se c'è tempo un po' di remota oppure la fisiologica e familiare. Se si supera l'anamnesi si passa all'esame obiettivo al letto del paziente; se non si supera l'anamnesi si rifà tutto l'esame. Perché non si supera l'anamnesi: non si supera perché uno non sa scriverla ed è incomprensibile, oppure perché non è stato approfondito sufficientemente il problema del paziente. L'esame obiettivo generalmente lo fate in 3 insieme, quindi è un po' come quello che abbiamo fatto in questi ultimi 2 giorni. Non potrete visualizzare la cartella del paziente su cui eseguirete l'esame obiettivo. Vi si chiede la dispnea, quale può essere la causa, quali esami ci sono da fare...onde evitare spiacevoli rifiuti che succedono tutti gli anni tenete presente che in prossimità dell'esame tantissimi chiedono di frequentare il reparto. Allora: a parte che è utile che se uno ha dei dubbi lo chieda al suo tutore nel periodo di internato, comunque la frequenza non è consentita 15 giorni prima dell'esame, perché se non uno sa quali sono i pazienti che sono ricoverati. Quindi evitate di chiedere frequenze, perché queste sono consentite fino a 15 gg prima dell'esame. Le altre medicine (non la B) o le specialistiche invece potete frequentarle, se vi viene consentito. Con l'anamnesi prossima va fatta anche quella farmacologica e si deve chiedere se ci sono state reazioni avverse (specificare anche se non ci sono state)"

Stud: "Se io incappo nel problema tipico che per es. il paziente anziano ha un po' di demenza?"

Prof: "Stia tranquillo che quello non le capita, tutti i pazienti scelti sanno rispondere alla raccolta anamnestica e quelli che vengono scelti (uno può essere interessante per la facies sclerodermica, l'altro perché ha un'altro problema, di ulcere per es. agli arti inferiori, un altro può essere interessante perché ha un soffio cardiaco o un'epatomegalia o quello che si vuole) sono sempre in grado di rispondere a tono, di collaborare.

Stud: "Per l'anamnesi fisiologica e familiare abbiamo lo stampato del reparto?"

Prof: "Sì. Un paziente può anche non ricordare il nome di un farmaco, quindi in quel caso si scrive "assume terapia imprecisata" o "viene dimesso con terapia che non sa riferire"

Stud: "Meglio fare l'anamnesi discorsiva o schematica, a punti?"

Prof: "C'è comunque un modo di scrivere l'anamnesi, usando i tempi verbali adeguati. Se non ho documentazione si usa quindi il condizionale, oppure l'espressione "riferisce che", in modo tale che sia chiaro che non ho la documentazione. Una regola importante è quella di scrivere possibilmente l'anno e l'età del paziente in cui è successo qualcosa, perché e se il problema si è risolto. Quindi, soprattutto la prossima, schematica ma non eccessivamente"

Stud: "E la remota si fa in ordine cronologico?"

Prof: "E' una sua scelta, può essere fatta anche per problemi. Se la fa cronologica lei può scegliere di farla dal motivo per cui il paziente entra, quindi la prossima, a ritroso, oppure parte, come io preferisco, ma solo perché sono stato abituato così, ma non è indispensabile, dalle malattie che il paziente riferisce dell'infanzia, e poi quello che è successo successivamente"

Stud: "Quanto tempo ci viene riservato per l'anamnesi?"

Prof: "Di solito 30-40 minuti. Nella raccolta dell'anamnesi ci sono cose che non rivestono importanza fondamentale, altre invece sì, e sono quelle che ci servono per orientarci, e confermare l'ipotesi diagnostica. Poi ci sono delle abbreviazioni che sono usate comunemente in ambito medico, altre che sono inventate e che non vengono accettate, come non sono accettati i modi di scrittura degli sms. Ricordatevi che l'anamnesi è un documento medico-legale e come tale deve essere scritto in italiano corretto.